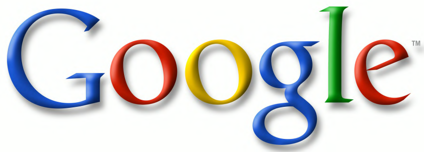


Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

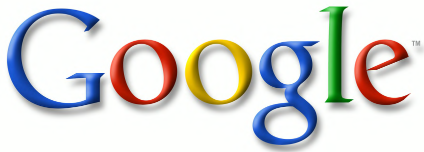
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

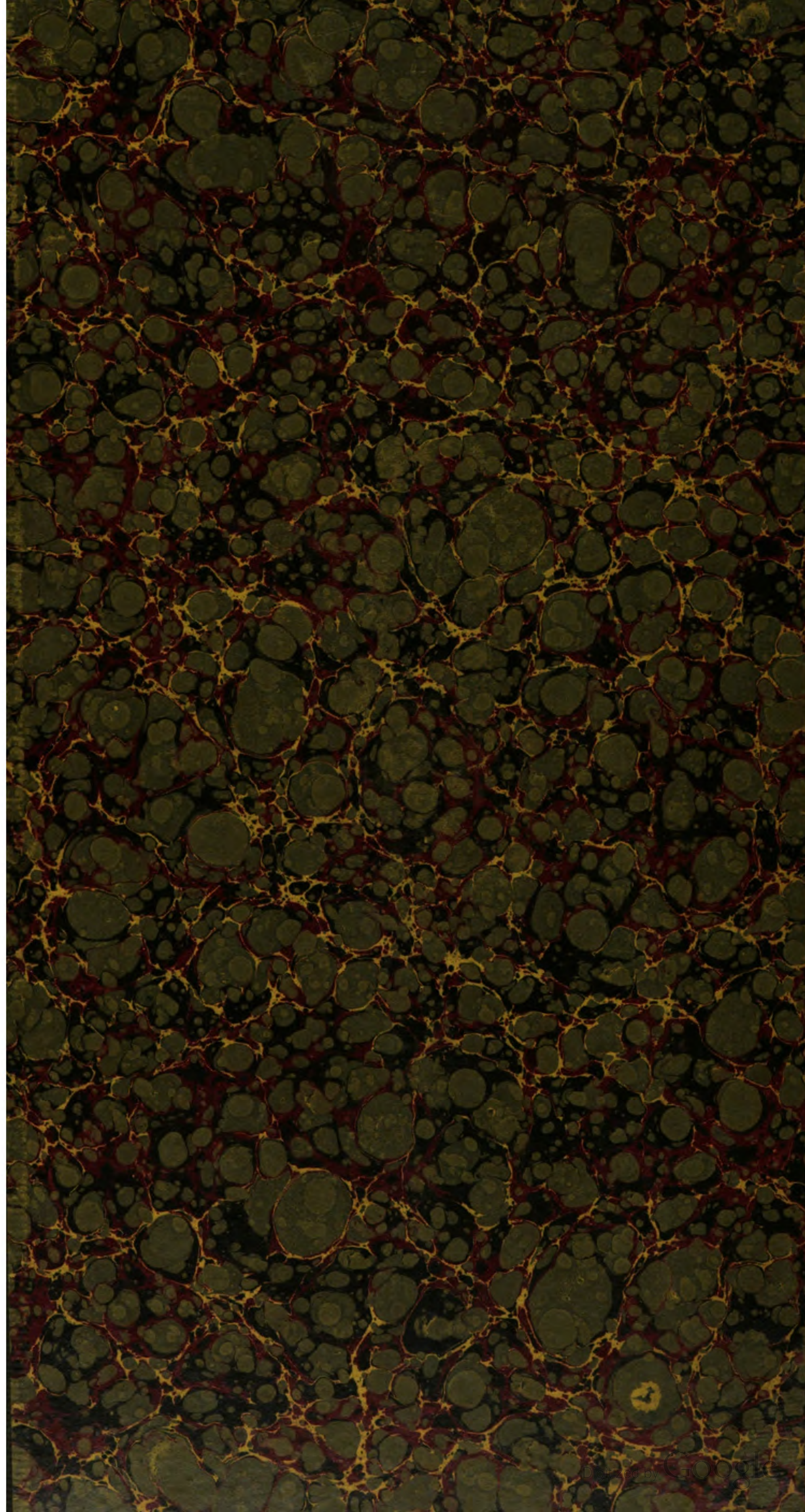
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE
DANS LEURS RAPPORTS AVEC
LA PSYCHOLOGIE ET LA MÉDECINE LÉGALE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. LE

Dr J. LUYS

Membre de l'Académie de médecine
Médecin honoraire des hôpitaux de Paris

Avec la collaboration de MM.

AZAM, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; — Dr GOUDARD (La Cadière); — DENY, médecin de Bicêtre; — Dr BURCKARD, médecin à l'asile de Préfargier; — Dr COLLINEAU; — FONTAN, professeur à l'Ecole de médecine de Toulon; — Dr L. JANKAU (de Munich), directeur des *Annales internationales de Photographie médicale*; — KLIPPEL, chef du laboratoire de Ste-Anne; — KYELBERG, professeur de Psychiatrie à l'Université d'Upsal; — Dr Ch. LEFÈVRE; — MATHIOT, ancien secrétaire de la Conférence des avocats; — MARANDON DE MONTYEL, médecin de l'asile de Ville-Evrard; — Dr Paul MOREAU (de Tours); — MOREL, médecin de l'asile d'aliénés de Gand; — NATANSON, interne en médecine de la Maison de santé d'Ivry; — OBREGIA, chef des travaux de l'Institut physiologique de Bucharest; — Dr PINEL (Charles-Philippe); — Dr REGNIER; — de ROCHAS; — Dr ROUILLARD; — Dr SEMELAIGNE; — BRODY de LAMOTTE, médecin-adjoint de la maison de santé d'Ivry; — Jules VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

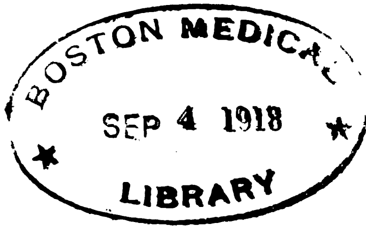
Secrétaire de la Rédaction :
Le Dr REGNIER
Ancien interne des hôpitaux de Paris

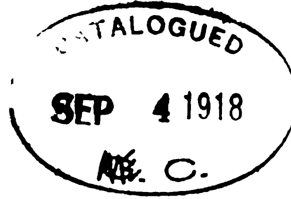
ANNÉE 1894

PARIS
BUREAU DES ANNALES DE PSYCHIATRIE ET D'HYPNOLOGIE
35, BOULEVARD HAUSSMANN, 35

1895

Digitized by Google





Digitized by Google



BOSTON MEDICAL
SEP 4 1918
LIBRARY

ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE

Voici un phénomène psychologique qui se présente incessamment dans la vie courante, auquel nous avons tous plus ou moins participé et que, jusqu'à présent, personne n'a songé à mettre en saillie, d'abord, pour le constater, ensuite, pour en chercher une explication. Il s'agit de l'oubli accidentel dans le cours de la conversation d'un nom propre d'une personne connue ; et de la propagation sympathique de cette amnésie transitoire de la personne qui parle à la personne qui écoute.

Je cause, par exemple, avec un interlocuteur quelconque, et. dans le cours de mon entretien, j'arrive à vouloir lui désigner le nom propre d'une personne connue parfaitement de nous deux, et dont le nom nous est familier. A ce moment, j'ai besoin de lui désigner le nom de cette personne.— Eh bien ! ce nom m'échappe, je le cherche en vain, et plus je fais effort, moins je le trouve ; et c'est à ce moment-là que se présente le curieux phénomène auquel je fais allusion.

Mon interlocuteur qui, aussi bien que moi, connaît le nom de la personne en question sait parfaitement de qui je veux parler, et il n'est pas plus favorisé que moi. Il est

frappé comme moi de la même amnésie partielle. — Il fouille dans sa mémoire, il cherche le nom propre et reste comme moi impuissant, sans pouvoir le trouver. Au bout de quelques secondes, je retrouve le nom propre, et il s'exclame à l'unisson satisfait comme moi de l'avoir retrouvé.

Tout le monde a passé et passe journellement par une situation semblable sans s'apercevoir de ce qu'il y a d'étrange dans ce simple phénomène psychologique, dans cette transmission d'un état anormal d'un sujet sain à un autre sujet sain, frappé à distance d'une amnésie similaire.— Et j'estime que ce problème que l'on pourrait appeler *amnésie rayonnante*, qui dans l'état actuel de nos connaissances, n'offre aucune explication plausible, trouvera une explication rationnelle et physiologique dans l'exposé d'expériences nouvelles, encore inédites, que je publierai ultérieurement. Elles ont leur base dans les radiations, invisibles pour nous, des effluves cérébraux, et visibles seulement pour les sujets hypnotisés qui révèlent dans cet état les radiations nerveuses propagées d'un sujet à un autre.

Dans le domaine de la psychologie expérimentale, ce phénomène de transmission à distance de l'état mental d'un sujet donné à un autre sujet en état hypnotique à l'aide d'un aimant sont très fréquents et très faciles à reproduire. On sait, en effet, qu'en associant par les mains un trio de trois sujets en état hypnotique, l'état mental artificiel provoqué chez le n° 1 de la série passe successivement au n° 2, puis au n° 3, si bien que le n° 3, par exemple, éprouve les émotions de gaieté, de tristesse à distance ; — ces émotions ayant été artificiellement communiquées au n° 1.

Ces phénomènes de transfert, de rayonnement à distance des différents états psychiques seront ultérieurement étudiés à propos de la question des transferts des différents états nerveux de l'organisme — je ne fais actuellement que de signaler aux psychologistes cet intéressant problème.



Digitized by Google

INSOLATION ET ALIÉNATION MENTALE

Dr Th. Hyslop (1).

A l'exemple du Dr Morache, l'auteur fait une distinction entre le coup de soleil et le coup de chaleur. Il pense que la dernière appellation doit être suivie, étant donné le peu d'influence exercée par le soleil sur la production de l'hypérémie veineuse, lésion principale de l'insolation. Parmi les causes indirectes, il convient de mentionner la fatigue nerveuse, les influences atmosphériques, les excès de tout genre, la syphilis, qui augmente la susceptibilité des individus pour le calorique.

L'action de la chaleur solaire s'exerce dans deux sens. Elle déprime les pouvoirs nerveux et donne lieu à la syncope, aux vertiges, aux nausées, à l'incontinence d'urine. Elle maintient l'état veineux du sang en s'opposant à sa transformation artérielle ; les accidents qui en résultent sont la suppression de la perspiration cutanée, l'anurie, la constipation. Ce dernier état est favorisé par la fatigue, la viciation de l'air, l'alcool, les troubles gastriques, l'arrêt des sécrétions, l'exposition du cou à la chaleur solaire (moelle allongée).

Les climats chauds agissent sur l'individu dans la période d'acclimatation, mais leur action ne s'étend pas sur leur descendance. Il n'en est pas de même s'il compromet son équilibre physique en s'unissant avec les indigènes. Les effets du climat tropical sont relatifs et subordonnés à l'hygiène du colon. Il les subit plus durement s'il est atteint d'affections débilitantes. La malaria, la syphilis, l'alcoolisme, augmentent la prédisposition au coup de chaleur. Sur 35 cas recueillis dans l'Inde, 23 étaient des Européens dont 8 paludéens, 5 syphilitiques, 7 alcooliques. On a pu se demander si l'altération de leurs vaisseaux expliquait l'aptitude des syphilitiques à contracter l'insolation.

Le phénomène le plus constant qui fait suite à cet accident est une lésion profonde de l'énergie nerveuse portant

(1) *Annales Médico-Psych.*, p. 300, n° 7-8, 1893.

Digitized by Google

sur le système moteur et sensoriel, englobant la sensibilité générale et spéciale déterminant une excitabilité émotive et des paralysies fonctionnelles des grands centres. Après l'attaque, le malade garde une susceptibilité particulière pour les rayons solaires et même pour la chaleur.

L'insolation peut être suivie de méningite. Les effets éloignés de cette grave affection peuvent se faire sentir pendant toute la vie. Il faut redouter surtout, à ce point de vue, les formes asphyxique et hyperpyrexique. Dans la forme syncopale, le trouble de nutrition du cerveau peut laisser après lui une débilité mentale et physique irrémédiable.

Dans l'enfance le coup de soleil conduit à l'idiotie. M. Hyslop a recueilli l'histoire de six enfants insolés, pensionnaires de l'asile Royal Albert. Il a relevé chez eux quelques particularités cliniques intéressantes : l'absence de difformités congénitales, le développement normal du système nerveux et musculaire, l'absence d'affections nerveuses (chorée, paralysie) et d'hallucinations, des affections spéciales du langage, qu'elles soient temporaires après une attaque, ou définitives ; des crises d'agitation de courte durée ; après les attaques, la perversion normale à tous les degrés, une faiblesse mentale non améliorable par l'éducation, des tendances morales particulières, des antipathies invincibles, une insociabilité plus ou moins absolue.

L'épilepsie est un des effets les plus communs de l'insolation : elle n'est pas réfractaire au traitement. Les crises ont été comparées aux attaques convulsives de la paralysie générale. L'épilepsie des insolés se distingue aisément de celle des idiots. Les premiers n'ont ni contracture ni difformité congénitale. Les seconds ont une détérioration mentale progressive liée aux convulsions.

La folie de l'insolation ressemble à la folie traumatique, mais la dernière se détermine souvent par la démence.

Une attaque d'insolation crée l'aptitude à la folie. Chez les insolés comme chez ceux qui ont subi des chocs, les psychoses les plus sérieuses se manifestent des mois et des années après la secousse physique.

Le coup de chaleur figure parmi les causes de la paralysie générale (Mickle) ; toutefois le syndrome auquel il donne lieu est souvent vague, mal défini, assez insuffisant pour ne

Digitized by Google

pas permettre un diagnostic certain. Sur 49 cas traités à Bethlem un seul ne donnait prise à aucun doute. Le diagnostic différentiel est encore malaisé avec la syphilis cérébrale, la folie alcoolique, la démence avec paralysie.

Remarques sur l'anatomie pathologique de l'insolation encore mal connue : Les lésions diffèrent suivant la forme clinique. Dans les états pyrétiques, les épanchements arachnoïdiens ont été notés avec l'hyperémie et la congestion des poumons. La mort est le résultat de l'asphyxie. Lorsque la moelle est affectée, le sang s'accumule dans le cœur droit et le sang artériel ne peut parvenir jusqu'au cerveau. Le plus souvent, c'est la paralysie du cœur qui détermine la mort (Roth et Lex).

Ardut insiste sur l'acidité du sang pendant l'attaque, sur sa richesse en urée et en globules blancs et son peu de tendance à la coagulation. Enfin Roster et Fox ont appelé l'attention sur les hémorrhagies destructives qui se produisent dans les nerfs vagues et phréniques. Les enfants succombent fréquemment à la méningite (Shuttleworth).

L'hyperémie de la pie-mère et du cerveau ont la même valeur que la congestion des autres organes. D'après Buch, la stase des capillaires cérébraux détermine l'accumulation du sang dans les centres et entrave l'action du cœur. Ce savant explique par ce double mécanisme la production des formes syncopale et cérébro-spinale de l'insolation.



Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE MENTALE

ITALIE

Des troubles de la respiration dans les psychoses. (Recherches cliniques et expérimentales)

Dr Cesare Rossi.

(*Rivista sperimentale di Frenjatria e di medicina legale*, 1893.)

L'auteur établit que :

1° Dans les maladies mentales, on rencontre fréquemment, indépendamment de tout autre facteur, et par le seul fait de l'altération fonctionnelle de la sphère psychique, des troubles variés des mouvements respiratoires.

2° Ces troubles ne peuvent être rapportés qu'aux deux symptômes fondamentaux : excitation et dépression ; ils se résument en une hyper et hypo-activité de la fonction respiratoire, suivant que l'un ou l'autre de ces symptômes prédomine.

3° Dans les formes dépressives, lorsqu'à la diminution de l'activité psychique s'associent des troubles graves de la sphère sensitive, le tracé respiratoire présente des caractères particuliers, qu'on peut rapporter à l'anxiété et qui atteignent leur plus haut degré dans la lypémanie anxieuse.

4° Dans les cas de cette émotivité excessive qui accompagne souvent les états psychiques dépressifs, on remarque un véritable tremblement émotif des muscles de la respiration, facile à distinguer par ses caractères des divers tremblements.

5° Chez les paralytiques, outre les altérations en rapport avec les troubles psychiques fonctionnels, le tracé respiratoire offre presque constamment et dès le début de la maladie, un tremblement spécial caractéristique.

Des rapports existant entre l'Hémicrânie ophthalmique et les états psychopatiques passagers.

Dr G. Mingazzini.

(*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1893.)

Le docteur Mingazzini a observé, au Manicôme de Rome, quatre malades atteints d'états psychopathiques passagers, dont le facteur étiologique était un violent accès d'hémicrânie accompagné (excepté dans un cas) de troubles ophthalmiques. Chez l'un

Digitized by Google

de ces malades, l'hémicrânie a précédé une tentative homicide ; chez un autre, un état hallucinatoire angoissant ; chez un troisième, l'hémicrânie se terminait par des hallucinations de la vue ; enfin chez le quatrième (exempt de phénomènes oculaires), impulsions au suicide. Comme caractère commun, marche rapide et amnésie complète, soit de la période où la psychose a évolué, soit, et de cette période et de celle consécutive aux crises.

L'auteur conclut que, consécutivement à un accès d'hémicrânie, et particulièrement d'hémicrânie ophthalmique, peut surgir une psychose transitoire suivie d'amnésie, toutes les fois que le trouble vaso-moteur cérébral, cause de l'hémicrânie, produit un spasme artériel plus intense que d'ordinaire, ou s'étend à une surface plus étendue de l'écorce cérébrale.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive.

Dr Andrea CRISTIANI.

(*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1893.)

Les multiples facteurs de dégénérescence, fruit de l'organisation sociale de la civilisation moderne, et qui résultent de la prédisposition morbide neuro et psychopathique, héréditaire, originaire, ou acquise, du travail mental exagéré, des émotions excessives, de l'alcoolisme, des abus vénériens, etc., rendent le système nerveux moins résistant, et le prédisposent d'une manière toute spéciale à ressentir l'action de la syphilis ; cette maladie constitue la cause occasionnelle prépondérante de la paralysie générale, qui serait de nature spécifique et infectieuse. Les modifications variées que subit la paralysie générale par rapport à la fréquence, à la forme clinique, à la marche, à la durée, au sexe, à l'âge, à la profession, etc., dépendent de l'action différente exercée, suivant ces diverses circonstances de vie, par l'élément dégénératif et l'élément syphilitique.

Inoculations tuberculeuses dans les centres nerveux.

Dr Alessandro TEDESCHI.

(*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1893.)

Les animaux sensibles à la tuberculose, comme le chat ou le lapin, lorsqu'on leur inocule le virus tuberculeux dans les centres nerveux, meurent plus rapidement qu'à la suite d'une inoculation pratiquée dans la peau ou le péritoine.

Digitized by Google

La mort survient non seulement grâce à la lésion locale grave que produit la multiplication des bacilles, mais encore par infection généralisée, caractérisée par la présence de nodules dans tous les organes.

Dans les cas observés, on ne saurait invoquer l'intervention d'autres infections, l'auteur ayant eu soin de pratiquer un examen bactériologique attentif.

La virulence exaltée ne se maintient pas dans les transports successifs d'animal à animal.

Les animaux très résistants au virus tuberculeux, comme les chiens, succombent à l'inoculation pratiquée dans les centres nerveux.

La mort de ces animaux n'est pas en rapport avec la lésion locale produite par l'acte opératoire, ni avec la présence des bacilles introduits, mais uniquement avec leur multiplication, leur diffusion rapide et l'infection générale consécutive, enfin les altérations anatomiques de nature tuberculeuse que l'on rencontre dans les divers viscères. Les symptômes cliniques de l'infection commencent à se manifester de huit à neuf jours après l'inoculation, après la disparition des symptômes déterminés par l'acte opératoire.

Dans l'évaluation des effets de l'inoculation de la tuberculose dans les centres nerveux, on ne doit pas seulement tenir compte du développement local des bacilles, des phénomènes spécifiques que détermine leur présence, mais aussi de la production d'un poison puissant dont l'action s'exerce sur tous les viscères, et spécialement sur les reins.

Action hypnotique et thérapeutique du chloralose dans les maladies mentales.

Dr Cesare Rossi.

(*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina légale*, 1893.)

L'auteur termine son intéressant travail en posant les conclusions suivantes :

1° Le chloralose, aux doses moyennes de 0,30 à 0,40, n'a pas, chez les aliénés atteints de véritable insomnie, une action hypnotique utile ; pour produire ce résultat, il faut arriver aux doses de 0,70 à 0,80, et parfois les dépasser.

2° Administré le jour, aux doses indiquées, le chloralose détermine seulement la somnolence, tout au plus un sommeil de quelques heures, mais le résultat final n'est jamais satisfaisant.

3° Administré le soir, il produit toujours le sommeil au bout

Digitized by Google

d'une demi-heure ou d'une heure, et l'action hypnotique se prolonge plus ou moins, non seulement suivant les doses données, mais aussi suivant les individus. Ainsi, tandis que certains malades dorment une nuit entière avec une dose de chloralose, la même quantité peut chez d'autres être inactive ou trop forte. On doit considérer, à cet égard, le mode d'administration, le sexe, et la forme de la maladie mentale ; et il est bon de savoir que le médicament agit plus activement dans les formes dépressives ; dans les cas d'excitation, l'action est peu constante et incertaine.

4° Le sommeil produit par le chloralose est calme, tranquille et en général peu profond, le moindre bruit suffisant à réveiller certains malades, qui se rendorment en général avec la même facilité. Le réveil n'est pas accompagné de sensations subjectives désagréables.

5° Chez les individus soumis à l'action du chloralose, on n'observe pas, à moins de phénomènes d'intolérance, de troubles du pouls et de la respiration ; on peut donc supposer que les centres respiratoire et cardiaque ne sont nullement influencés par le médicament. Sur les vaisseaux du cerveau, au contraire, il semble que le chloralose détermine une augmentation de la tonicité, qui se manifeste par une diminution de la fréquence et de l'amplitude des pulsations et s'accompagne vraisemblablement d'un état d'ischémie cérébrale par influence vaso-motrice. La température, en général, se maintient dans les limites physiologiques ; il n'est pourtant pas rare, à la suite du remède, de constater un abaissement de 2 à 6 dixièmes de degré.

6° Les effets fâcheux attribués au médicament, ne s'observent jamais, quand on manie les doses avec prudence. Mais chez certains individus, sans doute prédisposés aux troubles nerveux, on constate, même pour des doses minimes, des phénomènes d'intolérance parfois assez sérieux et qui sont dus à des troubles de l'innervation périphérique et cérébrale.

7° Il semble enfin que le chloralose, donné à doses faibles et fractionnées, n'a pas une influence utile et manifeste sur le cours de la maladie mentale, ou sur les troubles hallucinatoires.

René Semelaigne.



Digitized by Google

DOCUMENTS PSYCHOLOGIQUES

—

EXPLICATION DE LA MALADIE DE J.-J. ROUSSEAU, ET DE L'INFLUENCE QU'ELLE A EUE SUR SON CARACTÈRE ET SES ÉCRITS,

Par le Dr Aug. Mercier,

(Lauréat de l'Institut) 1850.

—

L'importance du rôle qu'a exercé J.-J. Rousseau, non seulement sur l'esprit de ses contemporains, mais encore sur les mœurs et la direction de la sensibilité mentale ; les bizarreries de son caractère, les incohérences d'un certain nombre d'actes de sa vie, les obscurités et les controverses qui ont entouré ses derniers moments, suffisent à expliquer l'intérêt de cette étude, faite par le Dr Aug. Mercier, avec une série de détails topiques, qui jettent un jour spécial sur cet intéressant problème.

Il nous donne ainsi les représentations documentées des différents troubles psychopatiques dont a si cruellement souffert J.-J. Rousseau, et qui nous le font voir, à nous médecins contemporains, comme un véritable neurasthénique, cruellement tourmenté par des douleurs paroxystiques irradiées du plexus de la sensibilité génito-urinaire.

L'autopsie, dont les détails sont rapportés, ne signale l'existence d'aucune lésion expliquant les expansions douloureuses si cruellement ressenties par le patient, et tout indique que J.-J. Rousseau a été atteint toute sa vie d'une émotivité extrême, mal soignée, entretenue par une hygiène irrégulière mal entendue, qui lui a fait voir le monde extérieur sous de faux aspects, et finalement a fini par se transformer en une véritable hypochondrie.

S'il est juste de dire que le style c'est l'homme, c'est bien le cas, à propos de J.-J. Rousseau, de répéter que chez lui cette vérité se manifeste avec une grande réalité. — Les écrits de J.-J. Rousseau, son style, quand on est initié à l'histoire de ses souffrances internes et de son état psychique, ne sont-ils pas le décalque exact de ses plexus ner-

Digitized by Google

veux endoloris, et la manifestation extensionnée d'un sensitif tendu à l'excès, dont l'esprit est çà et là hanté par des idées de discussion qui lui font redouter des ennemis imaginaires, ainsi qu'on en trouve de nombreuses traces dans ses correspondances !

Au point de vue de la médecine mentale moderne, J.-J. Rousseau a été le véritable excentrique, un être hors des cadres ordinaires de l'humanité, fait de contraste, sensible à l'excès, privé sur certains points de moralité du sens commun et en même temps éloquent, précis, persuasif et paradoxal.

La psychologie de J.-J. Rousseau constitue donc un problème délicat et précis, dont la médecine psychologique actuelle, à l'aide des documents autobiographiques a légitimé le droit d'analyser ces données, ne fût-ce que pour connaître de quelle pâte sont faits ceux que l'*Humanité* considère comme un grand homme.

Rousseau nous fait lui-même l'historique de ses souffrances.

« J'étois né presque mourant (le 28 juin 1712) ; on espéroit peu me conserver. J'apportai le germe d'une incommodité que les ans ont renforcée, et qui maintenant ne me donne quelquefois des relâches que pour me laisser plus cruellement souffrir d'une autre façon.., (1). Un vice de formation dans la vessie me fit éprouver durant mes premières années une rétention d'urine continuelle (2), et ma tante Suzon, qui prit soin de moi,

(1) *Confessions*, livre Iᵉʳ (c'est vers 1766 que cette partie fut écrite). — Voyez aussi ses lettres des 10 juillet 1759, 22 juillet et 10 novembre 1761, et 9 février 1770.

(2) Remarquons qu'il s'agit d'un vice de conformation dans les parties profondes ; mais voici ce qu'il dit ailleurs, faisant allusion à un abominable pamphlet qu'il attribuait à Vernes, mais qu'on a cru depuis être de Voltaire, et qui avait pour titre : *Sentiments des citoyens*, etc. : « On m'accusoit d'être usé de débauche, pourri de v... et d'autres gentillesses semblables... moi qui non-seulement n'eus de mes jours la moindre atteinte d'aucun mal de cette espèce, mais que *des gens de l'art ont même cru conformé de manière à n'en pouvoir contracter*. » (*Conf.*, livres VII et XII.) Il est question sans doute ici de quelque défaut externe, mais je n'ai rien trouvé qui pût m'éclairer sur ce point. Je ne vois qu'un phimosis ou un hypospadias qui pussent se prêter à une pareille supposition, et encore les gens de l'art seraient-ils tombés à cet égard dans une erreur complète.

Digitized by Google

eut des peines incroyables à me conserver. Elle en vint à bout cependant ; ma robuste constitution prit enfin le dessus, et ma santé s'affermit tellement, durant ma jeunesse, que, excepté la maladie de langueur dont j'ai raconté l'histoire (1) et de fréquents besoins d'uriner que le moindre échauffement me rendit toujours incommodes, je parvins jusqu'à trente ans sans presque me sentir de ma première infirmité. Le premier ressentiment que j'en eus fut à mon arrivée à Venise. La fatigue du voyage et les terribles chaleurs que j'avais souffertes me donnèrent une ardeur d'urine et des maux de reins que je gardai jusqu'à l'entrée de l'hiver. Après avoir vu la Padoana, je me crus mort et n'eus pas la moindre incommodité. Après m'être épuisé plus d'imagination que de corps pour ma Zulietta, je me portai mieux que jamais. Ce ne fut qu'après la détention de Diderot que l'échauffement contracté par mes courses à Vincennes, pendant les terribles chaleurs qu'il faisait alors, me donna une violente néphrétique depuis laquelle je n'ai jamais recouvré ma première santé (2).

« Au moment dont je parle, m'étant un peu fatigué au maussade travail de cette maudite caisse (vers 1750 le financier Francueil l'avait nommé son caissier), je retombai plus bas qu'auparavant, et je demeurai dans mon lit cinq ou six semaines dans le plus triste état que l'on puisse imaginer. Madame Dupin m'envoya le célèbre Morand, qui, malgré son habileté et la délicatesse de sa main, me fit souffrir des maux incroyables et ne put jamais venir à bout de me sonder. Il me conseilla de recourir à Duran, dont les bougies plus flexibles parvinrent en effet à s'insinuer ; mais, en rendant compte à madame Dupin de mon état, Morand lui déclara que dans six mois je ne serois pas en vie (3). »

Quelques années avant cette époque il écrivait à madame de Warens : « Je n'espérois plus d'avoir le plaisir de vous écrire ; l'intervalle de ma dernière lettre a été rempli coup sur coup de deux maladies affreuses. J'ai d'abord eu une attaque de colique néphrétique, fièvre, ardeur et rétention d'urine. La douleur s'est calmée à force de bains, de nitre et d'autres diurétiques, mais la difficulté d'uriner subsiste toujours, et la

(1) *Conf.*, livre V.
(2) *Conf.*, livres VII et VIII. — C'était en 1749.
(3) *Conf.*, VIII. — Voyez aussi une lettre du 19 janv. 1751.

Digitized by Google

pierre qui des reins est descendue dans la vessie ne peut en sortir que par l'opération (1). »

« L'attaque que je venois d'essuyer (celle de 1750) eut des suites qui ne m'ont jamais laissé aussi bien portant qu'auparavant, et je crois que les médecins auxquels je me livrai me firent bien autant de mal que la maladie. Je vis successivement Morand, Daran, Helvétius, Malouin, Thierry, qui, tous très-savants, tous mes amis, me traitèrent chacun à sa mode, ne me soulagèrent point et m'affaiblirent considérablement. Plus je m'asservissois à leur direction, plus je devenois jaune, maigre, foible. Mon imagination, qu'ils effarouchoient, mesurant mon état par l'effet de leurs drogues, ne me montroit avant la mort qu'une suite de souffrances : les rétentions, la gravelle, la pierre. Tout ce qui soulage les autres, les tisanes, les bains, la saignée, empiroit mes maux. M'étant aperçu que les sondes de Daran, qui seules me faisoient quelque effet, et sans lesquelles je ne croyois plus pouvoir vivre, ne me donnoient cependant qu'un soulagement momentané, je me mis à faire, à grands frais, d'immenses provisions de sondes pour pouvoir en porter toute ma vie, même au cas que Daran vînt à manquer. Pendant huit ou dix ans que je m'en suis servi si souvent, il faut, avec tout ce qui m'en reste, que j'en aie acheté pour cinquante louis. On sent qu'un traitement si coûteux, si douloureux, si pénible, ne me laissoit pas travailler sans distraction, et qu'un mourant ne met pas une ardeur bien vive à gagner son pain quotidien (2). »

Le 13 février 1753 il écrivait à madame de Warens : « Votre fils s'avance à grands pas vers sa dernière demeure ; le mal a fait un si grand progrès cet hiver que je ne dois plus m'attendre à en voir un autre. »

Dans la belle saison il fit un voyage de sept à huit jours à Saint-Germain, dont il se trouva très bien : il travaillait alors à son *Discours sur l'Inégalité*. « Cette promenade et occupation, dit-il, fit du bien à mon humeur et à ma santé. Il y avoit déjà plusieurs années que, tourmenté de ma rétention d'urine, je m'étois tout à fait livré aux médecins, qui, sans alléger mon mal, avoient épuisé mes forces et détruit mon tempéra-

(1) Lettre du 26 août 1748.
(2) *Conf.*, livre VIII.

Digitized by Google

ment. Au retour de Saint-Germain je me trouvai plus de forces et me sentis beaucoup mieux. Je suivis cette indication, et, résolu de guérir ou mourir sans médecins et sans remèdes, je leur dis adieu pour jamais et me mis à vivre au jour la journée, restant coi quand je ne pouvois aller et marchant si tôt que j'en avois la force (1). »

Néanmoins, trois ans plus tard, il eût pu s'apercevoir que les médecins n'étaient pas ses seuls ennemis. « Avec des sens si combustibles, dit-il, avec un cœur pétri d'amour..., l'impossibilité d'atteindre aux êtres réels me jeta dans le pays des chimères. Ne voyant rien qui fût digne de mon délire, je le nourris dans un monde idéal que mon imagination créatrice eut bientôt peuplé d'êtres selon mon cœur... Au plus fort de ma grande exaltation, je fus retiré tout d'un coup par le cordon, comme un cerf-volant, et remis à ma place par la nature, à l'aide d'une attaque assez vive de mon mal. J'employai le seul remède qui m'eût soulagé, savoir les bougies, et cela fit trêve à mes angéliques amours ; car, outre qu'on n'est guère amoureux quand on souffre, mon imagination, qui s'anime à la campagne et sous les arbres, languit et meurt dans la chambre et sous les solives d'un plancher (2). »

« Quoique mes rétentions me laissassent alors peu de relâche en hiver, et qu'une partie de celui-ci je fusse réduit à l'usage des sondes, ce fut pourtant, à tout prendre, la saison que, depuis ma demeure en France, j'ai passée avec le plus de douceur et de tranquillité (3). »

L'hiver suivant, nouvelles et fréquentes rétentions, compliquées en outre d'une infirmité que la dysurie et les efforts qu'elle occasionne amènent souvent ; je veux parler d'une descente qui le tourmentait depuis quelque temps, sans qu'il sût que c'en était une. Cette fois encore ce ne fut pas aux médecins qu'il dut cette fâcheuse recrudescence ; mais elle avait été précédée de ses amours pour madame d'Houdetot, dont il nous a laissé des peintures si passionnées. « Qu'on n'aille pas s'imaginer, écrivait-il dans sa vieillesse, qu'ici mes sens me laissoient tranquille... Je l'ai déjà dit, c'étoit de l'amour cette fois, et l'amour dans toute son énergie et dans toutes

(1) *Conf.*, livre VIII.
(2) *Conf*, livre IX.
(3) *Ibid.*

Digitized by Google

ses fureurs. Je ne décrirai ni les agitations, ni les frémissements, ni les palpitations, ni les mouvements convulsifs, ni les défaillances de cœur que j'éprouvois continuellement : on en pourra juger par l'effet que sa seule image faisoit sur moi. J'ai dit qu'il y avoit loin de l'Ermitage à Eaubonne ; je passois par les coteaux d'Andilly, qui sont charmants. Je rêvois en marchant à celle que j'allois voir, à l'accueil caressant qu'elle me feroit, au baiser qui m'attendoit à mon arrivée. Ce seul baiser, ce baiser funeste, avant même de le recevoir, m'embrasoit le sang à tel point que ma tête se troubloit, un éblouissement m'aveugloit, mes genoux tremblants ne pouvoient me soutenir ; j'étois forcé de m'arrêter, de m'asseoir ; toute ma machine étoit dans un désordre inconcevable : j'étois prêt à m'évanouir. Instruit du danger, je tâchois en partant de me distraire et de penser à autre chose. Je n'avois pas fait vingt pas que les mêmes souvenirs et tous les accidents qui en étoient la suite revenoient m'assaillir, sans qu'il me fût possible de m'en délivrer, et, de quelque façon que je m'y sois pu prendre, je ne crois pas qu'il me soit arrivé de faire seul le trajet impunément. J'arrivois à Eaubonne foible, épuisé, rendu, me soutenant à peine ; à l'instant que je la voyois, tout étoit réparé ; je ne sentois auprès d'elle que l'importunité d'une vigueur inépuisable et toujours inutile.... Cet état, et surtout sa durée pendant trois mois d'irritation continuelle et de privation, me jeta dans un épuisement dont je n'ai pu me tirer de plusieurs années et finit par me donner une descente que j'emporterai ou qui m'emportera au tombeau. Telle a été la seule jouissance amoureuse de l'homme du tempérament le plus combustible, mais le plus timide en même temps que peut-être la nature ait jamais produit (1). »

On verra plus loin pourquoi j'ai transcrit ici cette érotique et brûlante description.

Cet ébranlement avait été trop violent pour que le calme pût bientôt se rétablir ; aussi le malheureux J.-J. vit-il la belle saison s'écouler sans lui rendre ses forces, et il passa toute l'année 1758 dans un état de langueur qui lui fit croire qu'il touchait à la fin de sa carrière. « Les sondes, les bougies, les bandages, tout l'appareil des infirmités de l'âge rassemblé

(1) *Confessions*, livre IX.

Digitized by Google

autour de lui, lui fit durement sentir qu'on n'a plus le cœur jeune impunément quand le corps a cessé de l'être (1). »

Pendant l'automne de 1761 il tomba tout à fait malade, ce qu'il attribue aux eaux de Montmorency, et il passa l'hiver entier dans des souffrances sans relâche. « Il se sentoit mourant (2). »

A la fin de cet hiver, il fut visité par le frère Côme. « Je n'avois jamais pu être sondé, dit-il, même par Morand, qui s'y prit à plusieurs fois et toujours sans succès. Le frère Côme, qui avoit la main d'une adresse et d'une légèreté sans égale, vint à bout enfin d'introduire une très-petite algalie, après m'avoir beaucoup fait souffrir pendant plus de deux heures... Au premier examen le frère Côme me trouva une grosse pierre et me le dit ; au second il ne la trouva plus. Après avoir recommencé une seconde et une troisième fois avec un soin et une exactitude qui me firent trouver le temps fort long, il déclara qu'il n'y avoit point de pierre, mais que la prostate était squirreuse et d'une grosseur surnaturelle. Il trouva la vessie grande et en bon état, et finit par me déclarer que je souffrirois beaucoup et que je vivrois longtemps... C'est ainsi qu'après avoir été traité successivement, pendant tant d'années, de vingt maux que je n'avois pas, je finis par savoir que ma maladie, incurable sans être mortelle, dureroit autant que moi. Mon imagination, réprimée par cette connoissance, ne me fit plus voir en perspective une mort cruelle dans les douleurs du calcul. Je cessai de craindre qu'un bout de bougie, qui s'était rompue dans l'urètre il y avoit longtemps (3), n'eût fait le noyau d'une pierre. Délivré des maux imaginaires, plus

(1) *Conf.*, livre X.

(2) *Conf.*, liv. XI. *V.* aussi *Corresp.*, lettres des 24 décembre 1761, 21 janvier, 18 février, 4 avril, 15 novembre 1762. Dans sa première lettre à M. de Malesherbes, du 4 janvier 1762, il attribue *le progrès de ses maux* aux embarras que rencontrait l'impression de *l'Émile*.

(3) Voici comment Rousseau a rendu compte de cet accident à un ami : « Un bout de sonde molle, sans laquelle je ne saurois pisser, est resté dans le canal de l'urètre et augmente considérablement la difficulté du passage ; et vous savez que, dans cette partie-là, les corps étrangers ne restent pas dans le même état, mais croissent incessamment en devenant les noyaux d'autant de pierres. » Quelques jours après il écrivait au même : « C'en est fait, nous ne nous reverrons plus que dans le séjour des justes. Mon sort est décidé par les suites de l'accident dont je vous ai parlé ci-devant. » (Lettres des 12 et 23 décembre 1761.)

Digitized by Google

cruels pour moi que les maux réels, j'endurois plus paisiblement ces derniers. Il est constant que, depuis ce temps, j'ai beaucoup moins souffert de ma maladie que je n'avois fait jusqu'alors (1). »

Il paraît cependant qu'il souffrait encore beaucoup l'hiver suivant ; il est vrai que c'est celui qui avait suivi la condamtion *d'Emile,* sa fuite de Montmorency et son refuge précipité en Suisse (juin 1762). Il se condamna alors plus rigoureusement que jamais à la continence, qu'il observait depuis trois ou quatre ans, ayant « remarqué que l'habitation des femmes empiroit sensiblement son état... Le vice équivalent, est-il dit dans une variante, dont je n'ai jamais pu bien me guérir, m'y paroissoit moins contraire (2). »

Les années 1763 et 1764 ne furent guère moins pénibles sans doute, à en juger par sa correspondance. « Ma situation étoit pire ces derniers temps, écrivait-il au mois d'août 1763 ; mais j'avais des moments de relâche et maintenant je n'en ai plus. J'aimerois mieux de plus vives douleurs et des intervalles (3). » L'automne lui donna du soulagement au point de pouvoir faire dans le pays quelques voyages pédestres très utiles à sa santé. « Mais le retour de l'hiver produisit son effet ordinaire en le remettant aussi bas qu'il étoit au printemps (4). » Son dépérissement ne fit que s'accroître en 1764 (5). « Mes maux empirent et deviennent presque insupportables, s'écriait-il douloureusement : il ne me reste qu'à souffrir et mourir sur la terre (6). » La vallée qu'il habitait en Suisse lui

(1) *Conf.*, livre XI. — Rousseau, dans une lettre du 30 octobre 1761 dit que le frère Côme est venu le voir deux fois ; il lui rend la même justice, mais il ajoute qu'il n'en souffre pas moins depuis ses visites. Ces deux assertions ne sont pas contradictoires : souvent, en effet, le résultat immédiat du passage d'une sonde est une irritation plus vive. et ce n'est que quand celle-ci s'est dissipée que le mieux se fait sentir. Je n'ai pas besoin de faire remarquer que la date indiquée dans cette lettre est antérieure d'une année à celle donnée par les *Confessions*, dont le XI[e] livre a été écrit en 1769.

(2) *Conf.*, livre XII. — Dans une lettre du 31 août 1768, il dit que depuis treize ans il vit avec Thérèse dans la plus pure fraternité.

(3) Lettre du 21 août 1763. *V.* aussi deux lettres du 1[er] août et une du 28 janvier 1764.

(4) Lettre du 15 décembre 1763.

(5) Lettre du 25 mars 1764.

(6) Lettre à mylord Marechal, avril 1764.

Digitized by Google

était « pernicieuse (1) ». En effet, l'humidité ne favorise pas les fonctions de la peau, et il en résulte une disposition plus grande à l'irritation des organes internes et une sécrétion urinaire plus active, ce qui est toujours fâcheux quand l'excrétion s'en fait difficilement. Aussi Rousseau nous apprend-il que la marche lui était nécessaire (2), et qu'il lui était même utile de la pousser jusqu'à la transpiration. Pendant l'hiver dont nous nous occupons, il écrivait : « Mon triste état, qui empire toujours en cette saison, me réduit journellement à porter une sonde plusieurs heures ; il faut ensuite que je fasse un exercice d'une heure ou deux pour me faire suer ; et, quand je passe un jour sans employer ce remède, je paye cruellement cette négligence durant la nuit ». Et ailleurs : « Je ne puis me procurer des nuits supportables qu'en fendant du bois tout le jour, malgré ma foiblesse, pour me maintenir dans une transpiration continuelle dont la moindre suppression me fait cruellement souffrir (3). »

Malheureusement, pendant l'hiver de 1764 à 1765, il ne put plus se livrer à la promenade : pendant huit mois il ne sortit pas de sa chambre (4), et c'est au commencement de l'hiver suivant qu'il fut obligé de fuir précipitamment la Suisse pour se rendre en Angleterre, après avoir traversé la France, où, dit-il, « les fréquents dîners en ville, la fréquentation des femmes et des gens du monde, à qui je m'étois livré d'abord en retour de leur bienveillance, m'imposoient une gêne qui a tellement pris sur ma santé qu'il a fallu tout rompre et devenir ours par nécessité ». Aussi en résulta-t-il une rétention qui le tourmenta « cruellement (5) ».

C'est à son expulsion de Suisse que s'arrêtent les *Confessions* de J.-J., et, comme je n'ai rien trouvé dans sa *Correspondance* qui indique l'influence de son séjour en Angleterre sur sa maladie, je penche à croire que la tranquillité qu'il goûta pendant quelque temps dans sa retraite de Wooton lui fut favorable, et que cet état se prolongea au milieu des nouvelles tourmentes qui le ramenèrent en France et le fixèrent à

(1) Lettres du 22 décembre 1763, et du 26 août 1764.
(2) Lettre du 2 octobre 1763.
(3) Lettres des 25 décembre 1763 et 28 janvier 1764.
(4) Lettre du 27 avril 1765.
(5) Lettres des 25 et 30 novembre 1765.

Digitized by Google

Bourgoin, dans le Dauphiné. Je trouve même, dans une lettre écrite de ce pays et portant la date du 28 novembre 1768, cette phrase remarquable, surtout à cause de la saison : « J'ai été très bien pendant une dizaine de jours ; j'étois gai, j'avois bon appétit. » Mais au bout d'un mois la scène avait bien changé. « Ma situation, écrit-il, devient, à tous égards, plus critique de jour en jour, et l'air marécageux et l'eau de Bourgoin m'ont fait contracter depuis quelque temps une maladie singulière, dont, de manière ou d'autre, il faut tâcher de me délivrer : c'est un gonflement d'estomac très considérable et sensible même au dehors, qui m'oppresse, m'étouffe et me gêne au point de ne pouvoir plus me baisser, et il faut que ma pauvre femme ait la peine de me mettre mes souliers, etc. Je croyois d'abord d'engraisser, mais la graisse n'étouffe pas ; je n'engraisse que de l'estomac, et le reste est tout aussi maigre qu'à l'ordinaire. Cette incommodité, qui croît à vue d'œil, me détermine à tâcher de sortir de ce mauvais pays le plus tôt qu'il me sera possible (3). » Le changement et l'habitation sur un lieu élevé, à Monquin, amenèrent effectivement une amélioration ; mais le ventre ne désenfla que lentement (2).

A partir de cette époque la correspondance de J.-J. devient de plus en plus rare et les renseignements sur sa santé presque nuls. Il y a cependant tout lieu de croire qu'elle alla déclinant d'une manière continue. Dans quelques lettres il se plaint d'une sciatique qui le faisait beaucoup souffrir. En novembre 1770 il était rentré à Paris, et Dusaulx lui écrivait : « Vous souffrez, mon cher Rousseau, vous dépérissez (3). » Il dit lui-même dans une lettre du 3 février 1778 : « Vous rallumez un lumignon presque éteint, mais il n'y a pas d'huile à la lampe, et le moindre air de vent peut l'éteindre sans retour... En ce moment je suis demi perclus de rhumatismes... ; vieux, infirme, je sens à chaque instant le découragement qui me gagne. »

Malgré tout, il ne parle pas de sa dysurie. Il faut donc croire qu'il a été réellement moins tourmenté par les urines dans les derniers temps de sa vie, à en juger par ce silence même, par ce qu'il a dit des suites de l'examen du frère Côme,

(1) Lettres des 30 décembre 1768, 3, 12, 16 et 18 janvier 1769.
(2) Lettres des 28 février, 17 et 23 mars 1769.
(3) *Mes rapports avec J.-J. Rousseau*. p. 39

Digitized by Google

et surtout par ce qu'a écrit sur ce sujet, après sa mort, Le Bègue de Presle, son intime ami, que « les douleurs dans la région de la vessie et les difficultés d'uriner, que M. Rousseau a éprouvées en différents temps de la *première moitié de sa vie*... se sont *dissipées* en même temps que le corps s'est affaibli et a maigri en vieillissant (1) ». Je crois néanmoins qu'il y a un peu d'exagération dans les expressions de Le Bègue. Ainsi nous trouvons encore dans une lettre du 2 avril 1771 : « Mes incommodités *ordinaires* m'ont retenu chez moi une partie de l'hiver, sans pourtant m'avoir trop maltraité. »

Quelques mots que nous rencontrerons plus loin peuvent faire supposer que ses souffrances de vessie ne reparaissaient plus que dans certaines circonstances, à la suite, par exemple, d'un long voyage dans une voiture rude.

C'est le 2 juillet 1778, à l'âge de soixante-six ans, que mourut J.-J. Rousseau. Il s'était levé de bonne heure, avait fait une promenade avant le déjeuner, selon sa coutume, et pris une tasse de café au lait avec sa femme et sa servante. « Il se préparoit à sortir lorsqu'il commença à se sentir dans un état de malaise, de foiblesse et de souffrance générale. Il se plaignit successivement de picotement très incommode à la plante des pieds ; d'une sensation de froid le long de l'épine du dos, comme s'il y couloit un fluide glacé ; de quelques douleurs dans la poitrine, et surtout, pendant la dernière heure de sa vie, de douleurs de tête d'une violence extrême qui se faisoient sentir par accès. Il les exprimoit en portant les deux mains à la tête et disant qu'il sembloit qu'on lui déchiroit le crâne. Ce fut dans un de ces accès que sa vie se termina, et il tomba de son siège par terre, (il rendait un remède). On le releva à l'instant, mais il étoit mort ; car les chirurgiens, qu'on n'avoit pu avoir plus tôt, employèrent sans succès la saignée, l'alkali volatil, les vésicatoires, etc. (2). »

Deux chirurgiens, Chenu et Bouvet, sans doute les mêmes qui avaient été appelés au moment de la mort, requis par le lieutenant du bailliage d'Ermenonville, affirmèrent sous ser-

(1) *Relation des derniers jours de J.-J. Rousseau*, avec additions par J.-H. de Magellan, p. 18 ; Londres, 1778.

(2) *Relation* de Le Bègue, p. 13. — On trouve des détails analogues donnés par un témoin oculaire, dans une brochure intitulée : *Lettres à Sophie*, par M... (Le Normant) avocat; Paris, 1813.

Digitized by Google

ment, « après visite du corps et l'avoir vu et examiné dans toutes ses parties... que ledit sieur Rousseau est mort d'une apoplexie séreuse (1) ».

Voici d'ailleurs un extrait du procès-verbal de trois chirurgiens et de deux médecins qui ont pris part à l'autopsie, faite en présence de cinq autres personnes.

« L'examen des parties externes du corps nous a fait voir un bandage qui indiquait que M. Rousseau avait deux hernies inguinales peu considérables. Tout le reste du corps ne présentait rien contre nature, ni taches, ni boutons, ni dartres, ni blessure, si ce n'est une légère déchirure au front occasionnée par la chute du défunt sur le carreau de sa chambre, au moment où il fut frappé de mort.

« L'ouverture de la poitrine nous a fait voir les parties internes très saines. Le volume, la consistance et la couleur tant de la surface que de l'intérieur étaient très naturels.

« En procédant à l'examen des parties internes du bas-ventre, nous avons cherché avec attention à découvrir la cause des douleurs de reins et difficultés d'uriner qu'on nous a dit que M. Rousseau avait éprouvées en différents temps de sa vie, et qui se renouvelaient quelquefois lorsqu'il était longtemps dans une voiture rude ; mais nous n'avons pu trouver ni dans les reins, ni dans la vessie, les uretères et l'urètre, non plus que dans les organes et canaux séminaux, aucune partie, aucun point qui fût maladif ou contre nature.

«Le volume, la capacité, la consistance, la couleur de toutes les parties internes du bas-ventre étaient parfaitement saines et n'avaient point la mauvaise odeur qu'elles exhalent d'ordinaire, dans un temps aussi chaud, au bout de plus de trente heures de mort...

« L'ouverture de la tête et l'examen des parties renfermées dans le crâne nous a fait voir une quantité très considérable (plus de 8 onces) de sérosité épanchée entre la substance du cerveau et les membranes qui la recouvrent » (2).

(1) *Lettre de Stanislas Girardin à Musset-Pathay* ; 1824.
(2) *Lettre de Stanislas de Girardin*, p. 24.

Digitized by Google

II

La soudaineté de cette mort, la blessure que Rousseau s'était faite au front en tombant, la singularité de son caractère donnèrent lieu à des bruits sinistres, et quelques personnes affirmèrent, les unes qu'il s'était tiré un coup de pistolet (1), les autres qu'il s'était empoisonné (2), d'autres enfin qu'il avait employé les deux moyens (3). Ses ennemis, surtout ceux qui avaient à craindre la publication de ses *Confessions*, et qui avaient, par cela même, intérêt à flétrir sa mémoire, donnèrent à ces bruits tout le retentissement possible.

J'ai dit précédemment que les affections des voies urinaires amènent fréquemment le suicide, et Rousseau était certainement dominé par ses souffrances lorsqu'il écrivait : « De violentes douleurs du corps, quand elles sont incurables, peuvent autoriser un homme à disposer de lui ; car, toutes ses facultés étant aliénées par la douleur, et le mal étant sans remède, il n'a plus l'usage ni de sa volonté ni de sa raison ; il cesse d'être homme avant de mourir, et ne fait, en s'ôtant la vie, qu'achever de quitter un corps qui l'embarrasse et où son âme n'est déjà plus (4). » On sait que l'ouvrage où se trouve cette sentence fut écrit au plus fort de son amour pour madame d'Houdetot et qu'il souffrait alors cruellement. On le voit d'ailleurs par quelques-unes de ses lettres ; mais il ajoute : « J'ignore encore quel parti je prendrai ; si j'en prends un, ce sera le plus tard possible » (5).

Celui qui a produit cette admirable réfutation de Voltaire où la Providence se trouve si bien justifiée et qui a dit : « De quelques maux que soit semée la vie humaine, elle n'est pas, à tout prendre, un mauvais présent (6) ; » celui qui écrivait : « Je connois l'indigence et son poids aussi bien que vous, tout au moins ; mais jamais elle n'a suffi seule pour détermi-

(1) Corancez : *De J.-J. Rousseau*. Journ. de Paris de l'an VI, et broch. à part, p. 59.

(2) Mme de Staël : *Lettre sur les ouvrages et le caractère de J.-J. Rousseau*, p. 108 ; 1789.

(3) Musset-Pathay : *Histoire de Rousseau*, tome I, p. 281 ; 1822.

(4) *La Nouvelle Héloïse*, partie III, lettre XXII.

(5) Lettre du 25 décembre 1761, et deux du 1er août 1763.

(6) Lettre du 18 août 1756.

Digitized by Google

ner un homme de bon sens à s'ôter la vie; car, enfin, le pis qu'il puisse arriver, c'est de mourir de faim, et l'on ne gagne pas grand'chose à se tuer pour éviter la mort (1); » celui-là, dis-je, ne pouvait se tuer à la légère. Aussi, du moment que la souffrance lui laissait quelque relâche, du moment que son âme chassée par elle reprenait possession de son corps, il disait : « Je ne m'en irai pas plus tôt qu'il ne plaît à la nature... Nous laisserons disposer de nous à la nature et à son Auteur (2). » « Vous connoissez trop mes vrais sentiments pour craindre qu'à quelque degré que mes malheurs puissent aller, je sois homme à disposer jamais de ma vie avant le temps que la nature ou les hommes auront marqué. Si quelque accident doit terminer ma carrière, soyez sûre, quoi qu'on puisse dire, que ma volonté n'y aura pas eu la moindre part (3). »

En un mot il n'admettait qu'un cas, l'égarement produit par la souffrance, et ses paroles elles-mêmes n'étaient que le cri de la douleur ; mais nous avons vu que son mal ne l'opprimait plus autant quand la mort l'a frappé, et il est à remarquer que pas un de ceux qui admettent le suicide ne cite ses souffrances parmi les causes auxquelles ils attribuent cette fatale détermination. Si donc la seule cause admise par Rousseau n'existait plus, est-il étonnant, avec l'estime qu'il faisait de la vie, qu'il « ne fût plus depuis longtemps dans ses principes de rien faire pour avancer la fin de ses jours (4) ? »

Ainsi s'explique une contradiction et l'un des paradoxes qu'on lui a le plus reprochés.

Mais, dit Corancez, « le trou qu'il avait au front était si profond que M. Houdon m'a dit, à moi, avoir été embarrassé pour en remplir le vide (5). » Je répondrai que, pour trouver dans ces paroles la preuve que Rousseau s'est tué d'un coup de pistolet, il faut ne pas savoir qu'une plaie faite à bout portant par cette arme a une physionomie tout à fait caractéristique, que sa forme, son étroitesse et la coloration de ses bords ne peuvent laisser d'incertitude. Houdon a d'ailleurs publié une lettre où il renie les paroles qu'on lui a prê-

(1) Lettre du 24 novembre 1770.
(2) Lettres des 26 août et 22 septembre 1764.
(3) Lettre du 12 août 1769.
(4) Le Bègue de Presle, *loc. cit.*, p. 14.
(5) Voy. *Histoire de Rousseau*, par Musset-Pathay, tome I, p. 278.

Digitized by Google

tées (1). Il est vrai que Musset-Pathay, qui veut, bon gré mal gré, que Rousseau se soit suicidé, prend assez facilement son parti de ce démenti. « Celui qu'on fait parler dans cette lettre, dit-il, survit à son beau génie, et l'on sait que depuis longtemps il a entièrement perdu la mémoire (2). »

Il semblerait impossible de répondre à un pareil système d'accusation ; néanmoins le docteur Morin l'a combattu, et, ce me semble, victorieusement, par l'examen qu'il a fait du plâtre de Houdon et d'une lithographie de ce plâtre (3). Il a en outre étudié en médecin très instruit cette question de la mort de J.-J., et il a réfuté par des faits péremptoires et ceux qui ont prétendu qu'il s'était empoisonné, et ceux qui soutiennent qu'une apoplexie séreuse ne l'aurait pas tué si promptement. Oui, Rousseau est mort d'une affection des membranes du cerveau : outre toutes les causes d'excitation sous l'influence desquelles il était depuis longtemps, il en est une très fréquente et à laquelle on ne me paraît pas avoir fait suffisamment attention. « Il allait, dit Bernardin de Saint-Pierre, herboriser dans les campagnes, le chapeau sous le bras, en plein soleil, même dans la canicule. Il prétendait que l'action du soleil lui faisait du bien... Cependant j'attribue à ces promenades brûlantes une maladie qu'il éprouva dans l'été de 1777. C'était une révolution de bile, avec des vomissements et des crispations de nerfs si violentes qu'il m'avoua n'avoir jamais tant souffert. Sa dernière maladie, arrivée l'année suivante, dans la même saison, à la suite des mêmes exercices, pourrait bien avoir eu la même cause (4). » Rappelons encore qu'il était perclus de rhumatismes, et que cette diathèse exerce particulièrement son action sur les membranes séreuses, sur celle du cerveau presque autant que sur celles des articulations, des poumons et du cœur.

(*A suivre.*)

(1) *Append. aux Conf.*, dans l'édit. Lefèvre.
(2) *Œuvres de J.-J. Rousseau*, édit. Armand-Aubrée, tome XII, p. 403.
(3) *Essai sur la vie et le caractère de J.-J. Rousseau*, p. 424 ; Paris 1851.
(4) *Essai sur J.-J. Rousseau*, p. 61.

Digitized by Google

MÉDECINE LÉGALE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 13 *mars* 1893.

Présidence de M. Falret.

Un cas de perversion du sens génésique.

M. Paul Garnier. — Il s'agit dans cette observation d'un jeune homme de vingt-neuf ans, commis en librairie, né d'un père assez alcoolique et d'une mère exaltée et mystique. Il fut arrêté en septembre dernier, en plein jour, par des agents qui le voyaient, depuis quelques instants, se livrer aux manœuvres habituelles des voleurs à la tire. Il s'approchait des dames richement vêtues, et palpait leur robe, comme pour en fouiller les poches. Il se défendit de s'être rendu coupable de toute tentative de vol. On ne trouva sur lui aucun objet suspect. En police correctionnelle, il renouvela ses dénégations ; il larmoyait et paraissait fort troublé. L'examen de sa situation mentale fut jugé nécessaire et nous fut confié.

De son interrogatoire, il semble résulter qu'il a traversé, vers sa quinzième année, dans un petit séminaire où il avait été placé, une période d'exaltation mystique entretenue, d'ailleurs, par les ardentes exhortations d'une mère extrêmement dévote.

Pourtant, malgré les élans de sa piété, il avait l'esprit occupé d'idée fixes et singulières contre lesquelles il cherchait à lutter de son mieux, mais le plus souvent sans succès. C'est à ce moment de sa vie que se précise pour lui, une tendance qui s'était déjà manifestée, sans qu'il pût encore la définir et la comprendre. Un secret désir le poussait à palper la soie. A ce contact tout son être était secoué d'un frisson ; une singulière excitation génitale s'emparait alors de lui et aboutissait fréquemment à des manœuvres d'onanisme. Le trouble était surtout profond lorsque le hasard lui permettait d'aborder une femme vêtue de soie.

Digitized by Google

Très tourmenté par de tels désirs, inquiet au sujet de sa vocation religieuse, il tomba dans un état de dépression lypémaniaque augmentée encore de la débilité physique où le jetaient des habitudes de masturbation de jour en jour plus impérieuses. Finalement, il quitta le séminaire, et après avoir gagné sa vie comme manœuvre, réussit enfin à se procurer un emploi plus conforme à ses aptitudes ; il entra, en qualité de commis, chez un libraire qui n'a donné sur lui que d'excellents renseignements.

Mais au point de vue des excitations génitales il resta le même. Très épris de la soie, éprouvant à son contact, sans cesse désiré, l'orgasme sexuel, il demeurait indifférent aux charmes des femmes, quand la soie ne figurait pas dans leurs ajustements. Resté très timide vis-à-vis d'elles, il ne tenta qu'assez tard d'accomplir l'acte sexuel, mais en l'absence de la soie, ce fut toujours la frigidité complète, absolue. Depuis longtemps, il possède un jupon de soie, qu'il serre précieusement dans un meuble de sa chambre. Tous les soirs, au moment de se mettre au lit, il le revêt, se le passe autour de la taille... Ainsi enjuponné de soie, il est heureux, ses sens s'éveillent « ! Mon jupon, dit-il, me fait plus d'effet que la plus jolie femme du monde. »

V... nous fournit ces détails sur ce qu'il appelle « sa manie » avec un embarras et une confusion manifestes. Il les entrecoupe de lamentations, d'autovitupérations. Il est manifestement sous le coup d'une angoisse véritable ; son langage exprime bien la servitude morale que subit l'obsédé. Une nouvelle preuve nous en fut fournie, du reste, par une note « sa confession », qu'il rédigea à notre intention.

X... a été acquitté sans peine par le tribunal.

De la responsabilité des épileptiques.

M. Vallon. — L'épilepsie, a dit Tardieu, est pour la médecine légale un sujet plein de difficultés et de périls. Quelques médecins, trop pénétrés, sans doute, de la vérité de ces paroles, ont trouvé un moyen bien simple d'éluder tous les obstacles ; ils ont posé en principe que le seul fait de l'existen-

Digitized by Google

ce de l'épilepsie chez un inculpé doit suffire pour le faire absoudre, comme n'ayant pas joui de la plénitude de sa liberté morale dans l'accomplissement de l'acte qui l'amène devant la justice. Une pareille doctrine est fort commode et simplifie singulièrement la médecine légale de l'épilepsie ; elle n'a qu'un tort, à mon avis, c'est d'être complètement fausse. Déclarer en bloc tous les épileptiques irresponsables de tous leurs actes, ce serait étendre d'une façon tout à fait démesurée la sphère de l'irresponsabilité maladive ; une fois entré dans cette voie, il n'y aurait plus de raison de s'arrêter ; après l'épilepsie ce serait l'hystérie qui conférerait l'immunité contre la loi, puis la neurasthénie ; on pourrait aller ainsi jusqu'à la simple migraine.

Or, il s'en faut en réalité que les épileptiques soient toujours inconscients de leurs actes, mais leur responsabilité n'est pas une ; elle varie suivant les individus et, chez le même individu, selon des moments. C'est pour cela qu'il est impossible de poser des règles fixes et immuables pour tous les cas ; il faut, au contraire, examiner chaque fait en particulier et voir s'il présente les caractères des actes accomplis sous l'influence de l'épilepsie. On sait que ces actes sont essentiellement automatiques et involontaires, participant, en quelque sorte, comme on l'a dit, des mouvements convulsifs eux-mêmes.

Or, aucun de ces caractères ne se rencontrait dans une tentative de vol commise par un épileptique avéré au sujet duquel j'ai eu à faire un rapport médico-légal. Il s'était, en effet, introduit clandestinement dans une maison choisie au préalable. Il avait ouvert la porte d'un appartement avec une clef dont il avait eu la précaution de se munir. Quand il fut découvert, il essaya de se sauver, puis de donner le change au locataire qui l'avait surpris. Enfin, il avoua à plusieurs reprises qu'il avait bien voulu voler, et ce ne fut que plus tard qu'il essaya de revenir sur ce dernier point.

En conséquence, et tout en déclarant qu'il pouvait être pris d'un moment à l'autre d'accidents convulsifs ou délirants, j'ai conclu à sa responsabilité dans le cas particulier. Il a été condamné à cinq ans de prison.

M. Garnier. — Sans contester la responsabilité de cet épileptique dans le cas dont il s'agit, je pense, cependant, qu'il

Digitized by Google

ne faudrait pas aller trop loin dans cette voie. Un épileptique est toujours un malade ; on ne doit pas l'oublier. Celui de M. Vallon peut tuer demain, sans être du tout responsable.

M. Motet. — C'est précisément pour cela que des asiles spéciaux, asiles d'observation, devraient être affectés à cette catégorie de malades.

M. Falret. — Bien que j'aie été le premier à poser la différence qui sépare les actes des épileptiques, suivant qu'ils ont été commis en puissance d'accès ou en dehors des accès, il me paraît assez difficile d'admettre la responsabilité morale totale pour un épileptique complet.

J. J.



Digitized by Google

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE NEUROLOGIQUE DE LA CHARITÉ

Par J. Luys.

CONSULTATION EXTERNE. — TRAITEMENT MIXTE.

Mlle G. (Clémence), 21 ans. *Hystérie. Amaurose antérieure* — guérie — puis *surdité* : datant de trois ans. Amélioration sous l'influence des transferts et des piqûres de phosphate de soude.

Antécédents héréditaires. Mère nerveuse.

Antécédents personnels. Rien dans l'enfance. Réglée à 14 ans. Dysménorrhée et métrorrhagie. A partir de l'âge de puberté devient irascible, nerveuse, présente encore jusqu'à présent des symptômes de dyspepsie nerveuse. Elle souffre par moments des crises nerveuses et des vomissements incoercibles qui cessent tout d'un coup comme par enchantement. A l'âge de 16 ans, une kératite double se déclare qui finit par guérir au bout de deux mois de maladie.

Ce qui nous amène principalement cette jeune fille, c'est la surdité dont elle est affligée depuis trois ans. Cette surdité a envahi petit à petit les deux oreilles et d'une façon progressive. Les spécialistes qu'elle est allée voir n'ont trouvé chez elle aucune lésion organique de l'organe de l'ouïe.

Cette infirmité exerce de plus une action très déprimante sur le moral de la jeune fille.

Le sujet d'épreuve attaché à notre service voit à l'état de somnambulisme provoqué les couleurs suivantes : violet et quelques points noirs à droite, — bleu pâle à gauche, jaune paille sur la ligne médiane. Notre diagnostic est donc exact. Il s'agirait d'une neurasthénie et d'une des formes si nombreuses de l'hystérie.

Nous instituons des transferts et des injections sous-cutanées de phosphate de soude à titre reconstituant. — Chose remarquable : après chaque séance, la jeune fille, qui n'entend rien du tout, pas, même des cris, commence à distinguer assez bien ce qu'on lui dit, pourvu que la phrase soit bien scandée et prononcée lentement. Une amélioration survient les jours suivants aussi dans l'état général de la malade. Au bout d'un mois de traitement, la dyspepsie tend à disparaître, et la jeune fille entend relativement bien. Si dans ce cas nous n'avons pas obtenu une complète guérison, du moins une considérable amélioration est survenue à la suite de notre traitement.

Digitized by Google

Consultation externe. — Traitement mixte.

Mme L. (Blanche), 34 ans. Artiste chorégraphique. *Hémiplégie gauche*, datant de trois ans, ayant résisté à tous les traitements, et guérie instantanément par les transferts.

Antécédents héréditaires. Mère ayant eu des crises de nerfs. Tante hémiplégique d'origine inconnue.

Antécédents personnels. Etat actuel.

Réglée à 10 ans 1/2, elle souffre de dysménorrhée jusqu'à l'âge de 20 ans. Prétend n'avoir jamais eu aucune maladie, sauf des crises de nerfs qui la secouaient par moments et sous l'influence d'une émotion quelconque.

Il y a 4 ans, la jeune femme commence à éprouver des fourmillements et des sensations d'engourdissemont dans le bras et la jambe gauche. Ces symptômes s'aggravant avec le temps; la malade vient voir différentes sommités médicales qui lui instituent différents traitements et sans succès. Finalement, elle vient échoir à Beaujon où elle reste 9 mois et où elle absorbe des quantités formidables d'iodure de potassium, sans toutefois qu'un changement radical s'opère dans son état.

Cette jeune malade vient nous trouver au milieu du mois de décembre. Nous l'interrogeons attentivement et l'examinons ensuite. Elle n'a jamais eu ni le rhumatisme articulaire, ni la syphilis. Son cœur ne révèle rien d'anormal à l'auscultation. Etant donnés les antécédents héréditaires et personnels de la malade, nous admettons la possibilité d'une hémiplégie hystérique et prescrivons les transferts.

Remarquons qu'avant le transfert,la malade ne peut pas toucher son front avec la main paralysée. D'autre part, elle ne peut pas marcher sans s'appuyer sur une canne.

La première séance de transfert finie, nous constatons tous, et la malade surtout, que sa main exécute différents mouvements assez étendus, ce qu'elle n'a jamais pu faire avant. De plus,elle se promène dans la chambre, tout en traînant sa jambe malade, mais sans se servir de canne. Les transferts sont répétés tous les jours. En même temps nous instituons des courants induits et des bains sulfureux.

Au bout d'une dizaine de jours de ce traitement mixte nous ne tardons pas à constater une grande amélioration chez notre malade.

Sa force dynamométrique à son entrée était :

Main gauche........................	12 kilogr.
Main droite........................	25 kilogr.

Aujourd'hui, le 23 décembre, sa force dynamométrique est la suivante :

Main gauche........................	18 kilogr.
Main droite........................	27 kilogr.

Digitized by Google

Traitement par les injections hypodermiques.

Salle Andral (Femmes).

K. (Eugénie), 28 ans. *Neurasthénie.*

Antécédents héréditaires. Père alcoolique mort d'une congestion cérébrale. Mère morte en couches. Frères et sœurs très nerveux.

Antécédents personnels. Rien à signaler dans l'enfance.

Réglée à 16 ans. Pas de dysménorrhée. A partir de l'âge de 18 ans commence à souffrir des migraines. Présente en même temps les symptômes de la dyspepsie nerveuse et quelques stigmates de l'hystérie, tels que la boule.

Elle entre pour la première fois dans notre service le 27 décembre 1890. Étant donné son état neurasthénique compliqué de quelques phénomènes hystériques, nous prescrivons à cette époque les couronnes aimantées et la suggestion à l'état de fascination (au miroir). Elle sort au bout de deux mois de traitement assez améliorée.

Elle revient le 13 avril 1893. Affaiblissement général. Migraines très fréquentes. Dyspepsie et état moral assez déprimé. Nous prescrivons le traitement par les piqûres de phosphate de soude. Le 30 novembre, la malade sort de l'hôpital, considérablement améliorée. Les migraines ont disparu, les forces sont revenues.

Salle Louis (Femmes).

Ph. (Marie), 28 ans. Couturière.—*Neurasthénie. Délire du toucher. Manie de propreté.*

Antécédents héréditaires. Père très nerveux. Frère ayant eu des convulsions étant enfant.

Antécédents personnels. Fièvre typhoïde à 7 ans. Réglée à 13 ans. Toujours a été dysménorrhéique. Jusqu'à son mariage va aussi bien que possible sans accuser des troubles nerveux ou autres. Après son mariage commence à souffrir beaucoup de névralgie faciale dont l'accès survient en moyenne à un mois d'intervalle. Il y a 18 mois commence à souffrir des maux de tête qui l'accablent la grande partie de la journée. Son humeur change en même temps. Elle devient irritable. Toutes les fonctions physiologiques s'en ressentent. Elle digère mal, les règles sont deux mois sans venir. Elle accuse en même temps une grande faiblesse. A cet affaiblissement physique s'ajoute encore un grand changement moral. Pourtant l'intelligence est intacte. La malade dort assez bien.

Tel est le tableau clinique de la malade qui vient nous voir depuis deux mois.

Mais ce qui l'amène avant tout, c'est une fatale passion, disons manie, de propreté qui s'est emparée d'elle il y a six mois. Tout ce qu'on lui donne à manger lui paraît malpropre, et elle se résigne

Digitized by Google

à manger non sans dégoût. D'autre part, elle passe tout son temps à laver ses mains. Ceci se répète cinquante fois par jour. Cette manie est arrivée à un tel degré qu'il lui a été impossible de rester plus longtemps chez elle.

Nous lui appliquons le traitement par les couronnes électriques. D'autre part, nous combattons sa débilitation physique par des injections sous-cutanées de phosphate de soude. De plus, elle prend des douches simples tous les deux jours.

Au bout du premier mois de traitement son état a considérablement changé. Cette manie désastreuse tend peu à peu à disparaître. Son état physique a également considérablement changé. Le 5 décembre elle quitte l'hôpital, complètement guérie de sa manie de propreté et ayant presque entièrement recouvré sa santé d'autrefois.



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE L'ÉPILEPSIE THALAMIQUE

Par WILLIAM A. HAMMOND, M. D.

Chirurgien général de l'armée (en retraite) des Etats-Unis, Professeur des maladies mentales et du système nerveux à l'université de New-York.

Je publie actuellement le très intéressant travail du Dr William Hammond, professeur des maladies mentales et du système nerveux à l'Université de New-York, avec d'autant plus de satisfaction que ce travail a non seulement une valeur intrinsèque de premier ordre, qui le rend très suggestif par les aperçus nouveaux qu'il fait luire dans le domaine si vaste du phénomène épileptique ; — mais encore, il me touche d'autant plus dans les fibres de ma paternité scientifique, qu'il s'appuie comme base sur mes propres recherches, sur mes créations originales que j'ai faites, le premier en France, il y a déjà plus de quarante ans, sur le rôle des couches optiques et la part importante qu'elles jouent dans les fonctions sensorielles intra-cérébrales.

Il donne ainsi spontanément gain de cause aux idées que j'ai émises et professées depuis longtemps dans mon ensei-

Digitized by Google

gnement libre, et qui pendant tout ce temps étaient considérées comme suspectes et comme des *noli me tangere* scientifiques.

Actuellement les rôles sont changés, et voilà qu'un illustre savant, un étranger, professeur de premier ordre, vient donner un brevet de légitimisation à mes propres recherches, et montrer le rôle capital, (que personne n'avait encore soupçonné), que ces deux noyaux de substance nerveuse étaient aptes à jouir dans les manifestations de certains états épileptiformes.

J'ai donc le droit de *m'autoglorifier* moi-même en présence d'une pareille mise en valeur de mes premières recherches. Ce que j'*ai vu* naguère je l'*ai bien vu* et le temps, qui nivèle tout, malgré le silence voulu d'une école rivale qui n'acceptait pas volontiers alors le son d'autres cloches, venant atténuer les tintements de l'église, officielle d'alors, — le temps, dis-je, m'a enfin rendu justice.

J'ai attendu. — Tout passe en ce monde, tout s'éteint, excepté les vérités de bon aloi.

J. L.

Bien que des cas de la forme d'épilepsie que je vais décrire n'aient sans doute pas été très rares, il se trouve que jusqu'ici ils n'ont pas été l'objet d'une attention spéciale. Soit qu'ils aient été considérés comme différant absolument de l'épilepsie, soit que les phénomènes caractéristiques qui les distinguent aient été passés sous silence, ou perdus dans une description générale où on leur donnait peu d'importance. Par conséquent, autant que je puisse savoir, voici le premier essai que l'on fasse pour les distinguer, et pour associer à une lésion définie du cerveau, les symptômes par lesquels ils sont surtout indiqués.

Dans un journal intéressant, le Docteur Hughling Jackson détermine les six variétés suivantes de l'Epilepsie comme embrassant toutes les formes connues de la maladie :

1. Une infection soudaine et temporaire dans le nez avec perte de connaissance momentanée.

Digitized by Google

2. Un développement soudain et temporaire de vision bleue.

3. Un spasme du côté droit de la face avec empêchement de la parole.

4. Un fourmillement dans l'index et le pouce suivi par le spasme de la main et de l'avant-bras.

5. Une convulsion presque instantanément générale avec perte immédiate de connaissance.

6. Certaines attaques vertigineuses.

Comme on le voit, le Dr Jackson ne fait pas de la perte de connaissance un trait essentiel du paroxysme épileptique, et cela est évident d'après ses assertions réitérées, non seulement dans le journal en question, mais dans d'autres travaux où il a contribué à notre science de l'épilepsie. Il définit la maladie comme : « une accidentelle, soudaine et rapide décharge de matière grise de quelque partie du cerveau ».

C'est une mauvaise définition certainement, mais je ne la cite maintenant pour la critiquer autrement qu'en appelant l'attention sur ce fait, que l'élément de l'inconscience n'est pas inclus dans ces termes.

Plus les phénomènes épileptiques et épileptiformes me deviennent familiers, plus je suis convaincu qu'il n'y a point de véritable épilepsie sans perte de connaissance. Si nous supprimons cet état, nous avons une centaine ou plus de symptômes de peu d'importance, se présentant quotidiennement chez des individus en bonne santé, lesquels n'arrivent jamais à un plus haut degré de développement, chacun desquels, selon le Dr Jackson, constitue une maladie que toute l'humanité considère comme de terrible portée. La tendance de toutes les épilepsies d'un type doux est de se transformer en d'autres d'un caractère plus sérieux, et quelques-unes des formes mentionnées par le Dr Jackson ne montrent jamais la moindre disposition vers ce progrès.

Ainsi, j'ai eu plusieurs fois sous mes soins des malades qui avaient parfois été sujets à des fourmillements de l'in-

Digitized by Google

dex et du pouce et autres doigts suivis de mouvements spasmodiques de certains muscles de l'avant-bras et qui, ne perdant pas connaissance, n'ont pas été considérés par moi comme affectés d'épilepsie et chez qui les guérisons s'effectuaient sans qu'il y eût aucun symptôme épileptique plus sérieux.

Je serais très fâché de considérer tous les malades que j'ai vus, qui avaient eu accidentellement un développement soudain et temporaire de vision bleue, comme étant victimes de l'épilepsie ; car j'en ai vu beaucoup chez qui il n'y avait pas de raison de soupçonner l'existence de cette terrible maladie et chez qui un tel symptôme n'avait pas d'autre signification apparente que d'indiquer des désordres de l'estomac. Quand il y fut porté remède, les paroxysmes de vision bleue disparurent sans autre traitement, quitte à revenir si une cause semblable se renouvelait.

Dans toutes les épilepsies je considérerai la perte de connaissance comme le phénomène essentiel, sans lequel, par le fait, l'épilepsie n'existe pas. Les autres symptômes sont les traits caractéristiques, ceux qui constituent les variétés : vertiges, convulsions, troubles des organes des sens, manies et autres manifestations psychiques.

Les cas que je vais décrire étaient marqués par la perte de connaissance, mais les symptômes offraient un caractère tel qu'ils peuvent être exclus de toutes les catégories mentionnées par le Dr Jackson. Pourtant, je pense que personne, après avoir examiné leurs phénomènes, n'hésitera à les regarder comme épilepsie véritable. Cependant, beaucoup d'opinions peuvent différer de la mienne par rapport à leur classification.

Mais avant de commencer à discuter les importantes questions qui se rattachent à la physiologie et à la pathologie de cette forme de l'épilepsie pour laquelle je réclame l'attention, il sera bon de décrire brièvement les cas sur lesquels mes opinions se sont fondées.

1er Cas.—M. J. Une jeune femme, âgée d'environ 22 ans, me consulta le 20 juillet 1868 pour être traitée pour ce que sa mère m'informa être des « Visions » qu'elle avait l'habitude d'avoir fréquemment chaque jour. Elles lui arrivaient

Digitized by Google

au moment le plus inattendu et présentaient une grande variété ; par le fait, jamais deux exactement semblables. Pendant le temps où elle était assise dans mon salon d'attente, elle avait eu, disait-elle, une de ces attaques dont le trait principal était l'hallucination d'une grande grue, se tenant sur une patte, et la regardant attentivement. Quelques instants après survint une période de perte de connaissance, au sortir de laquelle le souvenir complet de l'hallucination dans toutes ses particularités restait encore.

L'examen approfondi démontra qu'il n'y avait ni vertiges, ni spasmes d'aucune sorte et qu'il n'y avait point eu pendant tout le cours de la crise de mouvement convulsif, ou par le fait, aucune variation essentielle du type particulier que j'ai mentionné.

Aussitôt que l'hallucination paraissait et tandis qu'elle avait encore sa connaissance, elle conversait sur ses caractères avec une entière conscience de son irréalité. Soudain la perte de connaissance survenait, mais il n'y avait ni fixité des yeux, ni rigidité. Sa tête,soit qu'elle fût debout ou assise, tombait en avant sur sa poitrine, son souffle restait normal, il n'y avait pas d'accélération du pouls. Au bout de quelques secondes elle relevait la tête aussi soudainement, faisait quelques remarques cohérentes et redevenait entièrement elle-même.

Habituellement une crise durait de 20 à 30 secondes, desquelles, pas plus de 5 secondes, n'étaient passées en état d'inconscience. Quelquefois elles ont eu la durée d'une minute, mais très rarement.

Tels étaient les principaux traits de cette maladie comme elle me les décrivit. De plus amples questions posées à sa mère et à elle-même m'amenèrent à conclure qu'il n'y avait point de tendance héréditaire, que la première attaque était survenue quatre ans auparavant, après une vigoureuse période d'études à la pension, que sa santé générale était bonne et que jusqu'à présent il n'y avait pas eu de détérioration mentale. Les attaques cependant devenaient plus nombreuses et quelque peu de plus longue durée. La menstruation avait commencé à quinze ans et avait toujours été régulière.

A cette époque je ne considérai pas ces attaques comme

Digitized by Google

épileptiques, dans leur caractère ; mais avant de m'aventurer à donner une opinion formelle quant à leur nature, je souhaitai vivement voir la malade pendant qu'une crise avait lieu. En conséquence je pris rendez-vous avec elle pour qu'elle vienne à ma consultation le jour suivant après que j'aurais fini ma besogne du matin, et qu'elle reste assez longtemps pour me permettre d'observer les phénomènes actifs d'une attaque. Comme elles se présentaient avec une plus grande fréquence dans l'après-midi, j'étais presque assuré d'être témoin de leurs traits caractéristiques pendant le temps spécifié.

Le jour suivant, 21 juillet, elle vint à ma résidence en compagnie de sa mère. Quelques minutes après être entrée dans mon cabinet de consultation et tandis qu'elle conversait par rapport à quelque point de son histoire clinique, elle s'exclama : « Voici que cela vient, et oh ! mère ! ! que pensez-vous que ce soit ? Une belle chaise recouverte de velours rouge, et toute parsemée d'étoiles d'or. C'est je suppose une chaise semblable à celle-ci qui sert de trône. Eh ! bien ! c'est la première fois qu'une chaise m'apparait. J'ai vu des rochers, et toutes sortes d'animaux, mais, mais, mais,..... Ici sa tête s'affaissa sur sa poitrine, ses yeux s'étaient fermés, et sa respiration devint si tranquille qu'elle semblait pour le moment être suspendue. Elle n'avait pas l'air d'une extraordinaire pâleur et il n'y avait pas eu le moindre mouvement convulsif. Au bout de trois secondes, elle leva la tête, sourit et regarda comme si rien d'un caractère fâcheux n'était advenu.

Je conçus d'abord l'opinion que le paroxysme était une fraude, et je fus assez indiscret pour le dire en termes très simples. Je lui dis qu'elle avait essayé de me tromper, et je lui demandai la raison d'une scène si extraordinaire. Elle et sa mère s'indignèrent à la fois.— C'est ça tout à fait je suppose, — dirent-elles, et elles quittèrent la maison.

Ce cas ne me fournit rien de nouveau jusqu'au 18 novembre 1878. Elle me consulta alors de nouveau, accompagnée comme auparavant par sa mère. Elle m'informa que les symptômes avaient persisté sous une forme aggravée, que les visions duraient plus longtemps ; que la période d'inconscience avait été beaucoup plus sérieuse et prolongée et

Digitized by Google

que les paroxysmes étaient de plus fréquente occurrence. Depuis la dernière visite qu'elle m'avait faite, elle avait, dit-elle, consulté plusieurs praticiens, dont quelques-uns pensaient qu'elle les dupait, tandit que d'autres avaient regardé les attaques comme hystériques.

Comme durant l'intervalle qui s'était écoulé depuis mon entrevue avec elle, j'avais observé un cas similaire, par rapport auquel j'avais formé des opinions définies, je me déterminai à étudier les phénomènes avec soin. J'étais convaincu, d'après le cas rapporté plus haut, que ma première opinion relative au cas actuel était erronée, et qu'il y avait là une entité morbide accompagnée de phénomènes caractéristiques très intéressants.

C'est pourquoi, pendant plus d'un mois, je tins Miss J. en observation, passant à peine un jour sans la voir. J'eus l'occasion de me trouver le témoin de dix-sept paroxysmes. Quelquefois ils étaient précédés d'une aura bien marquée, et ceci était toujours une singulière sensation, apparemment quelque part dans le crâne, mais point très possible à localiser ou à décrire exactement. Cela ne fut jamais ressenti jusqu'à ces deux dernières années. Cette sensation durait seulement une seconde ou deux et était immédiatement suivie par la « Vision ».

Le premier paroxysme de cette nature dont je fus témoin fut précédé par l'aura. Elle eut à peine le temps de dire : « Cela vient », quand l'hallucination commença. Elle la décrit comme consistant en l'apparition d'un grand ours blanc, en mouvement devant elle sur le tapis.

Il semblait marcher lentement çà et là, sa tête courbée vers le plancher comme s'il flairait quelque chose. Je la surveillai de près et ne pus découvrir de spasme nulle part. Elle parlait clairement, sans hésitation, et parfaitement distinctement. Les pupilles étaient normales.

J'avais tiré ma montre, pour mesurer la durée d'une attaque. Trente-cinq secondes s'écoulèrent, et alors ses pupilles se dilatèrent, sa tête tomba en avant, et sa main gauche avec laquelle elle indiquait la direction de son ours spectral, tomba à son côté. Je lui pinçai la peau du visage, et ensuite de chacune de ses mains, sans en tirer aucun témoignage de sensibilité cutanée.

Digitized by Google

Je formai un pli de peau sur chaque avant-bras, juste au-dessus du poignet, et le pinçai avec une aiguille à cataracte qui se trouvait à ma portée, sans obtenir d'autre résultat. Son pouls (je ne l'avais pas tâté pendant l'existence de l'hallucination) battait à la valeur d'environ 60 p. par minute, et était plein. Sa figure n'avait pas changé de couleur et on n'y constatait d'autre altération que celle produite par la détente des muscles, comme dans le sommeil.

Les paupières étaient closes, mais point spasmodiquement. Elle resta dans cet état exactement 28 secondes, respirant peut-être un peu plus lentement et profondément qu'avant l'accès du paroxysme. Soudain elle leva la tête, regarda autour d'elle d'une façon interrogative pendant un moment et alors, comme si elle s'apercevait d'une sensation, regarda ses deux bras là où je les avais percés.

Une goutte de sang filtrait de chaque piqûre. Elle demanda ce que c'était, et ensuite sans attendre la réponse s'exclama : « Vous m'avez saignée. » Elle fut alors tout à fait elle-même, et parla avec cohérence, et sans la moindre excitation à propos de l'hallucination.

Le seul point qui présenta quelque notable différence entre ce paroxysme et celui que j'avais vu autrefois, était la grande augmentation du temps que durait la période d'inconscience ; et je fus informé par sa mère que fréquemment elle se prolongeait jusqu'à deux minutes ou plus.

Tandis que je prenais note des phénomènes que j'avais observés, et tandis qu'elle se promenait de long en large sur le plancher, elle dit qu'elle allait avoir une autre attaque parce qu'elle ressentait encore une sensation particulière dans la tête. Elle n'avait pas plus tôt prononcé ces mots que la vision parut. « C'est une fille cette fois », s'écria-t-elle, « une fille avec de longs cheveux châtain-clair et un bonnet sur la tête ; elle ressemble à une nourrice française !. Je pense que je ferai bien de m'asseoir, car sans cela je tomberais aussitôt que je deviendrai insensible. » Et disant cela, elle s'assit tranquillement dans un grand fauteuil.

Je pinçai la peau de sa main droite. Oh ! s'écria-t-elle, je sens que je ne suis pas encore insensible, je vois tout dans la pièce, aussi bien que la fille qui n'est pas ici, je sens le

moindre attouchement et mon ouïe est aussi bonne que toujours.

Je lui demandai ce que « la fille » faisait : « Oh ! rien, répondit-elle, elle se tient debout, là, en face du foyer; me regardant. »

Je lui dis de fermer les yeux, et ensuite de me dire si elle voyait encore « la fille ».

« Oui », répondit-elle, et tout à fait aussi distinctement que quand ils étaient ouverts.

Au bout de quarante et une secondes elle devint inconsciente, et resta dans cet état pendant une minute et cinq secondes, s'éveillant — je dis, s'éveillant, car son aspect était pareil à celui d'une personne endormie — soudainement, et en apparence dans un état normal de santé mentale et physique.

Plusieurs jours s'écoulèrent avant que je la visse dans un autre paroxysme. Je me déterminai alors à vérifier les effets de certaines mesures ordonnées dans le but d'arrêter et de prévenir les attaques.

En conséquence, au moment où elle me déclarait qu'une vision venait, je lui fis inhaler de la vapeur de nitrite d'amyle, et le résultat fut d'empêcher absolument le développement postérieur de la crise. Je découvris aussi que si l'amyle était inhalé pendant la présence de l'hallucination, le progrès ultérieur vers l'inconscience était immédiatement empêché, et la fausse apparition s'évanouissait graduellement à mesure que l'influence de la vapeur devenait plus puissante.

Un semblable résultat se produisait aussi par l'inhalation soit de l'éther, soit du chloroforme, et par la ferme compression des veines jugulaires. Une bande serrée étroitement autour de la tête était de même un préventif.

Suggérée par moi, elle essaya l'effet d'un violent effort de volonté, comme mesure abortive, et à l'occasion avec succès. Il était nécessaire, assurait-elle, que son esprit fût entièrement concentré sur le sujet, et que toute la puissance de sa volonté fût dirigée contre l'idée de la vision. S'il survenait la moindre diversion de l'attention, le paroxysme se poursuivait irréprimé, et même dans les plus favorables circonstances elle n'arrivait pas toujours à l'arrêter dans son cours.

Digitized by Google

Pour la cure de la maladie, je prescrivis le bromure de sodium, par doses de 15 « *grains* » trois fois par jour, ce qui donna le résultat de diminuer le nombre des attaques et enfin au bout d'un mois de traitement les fit cesser entièrement. Elle quitta alors la ville, promettant de continuer l'usage du bromure pendant une période d'absence de quatre ou cinq mois. Je ne la vis plus, ni n'en entendis plus parler jusqu'au 7 janvier de cette année même, où elle revint me consulter accompagnée par son mari, s'étant mariée dans l'intervalle. Elle m'informa que par l'usage du bromure de sodium les visions avaient entièrement disparu ; mais qu'après avoir continué à prendre ce médicament pendant plus d'une année, elle s'était considérée comme guérie et en avait arrêté l'usage autant par rapport à une éruption cutanée qu'il avait produite, que pour tout autre motif.

Le 2 décembre 1879 elle se maria, et le 15 du même mois, tandis qu'elle était occupée aux travaux du ménage, elle eut un retour des visions beaucoup plus sérieux que jamais. Il y avait eu de forts mouvements convulsifs et perte de connaissance, à la suite. D'autres semblables s'étaient présentées depuis.

Son mari, qui fut témoin de plusieurs des attaques, me communiqua que la perte de connaissance, au lieu de suivre les visions, comme aux premiers degrés de la maladie, avait lieu maintenant simultanément avec l'apparition, sinon la première en ordre méthodique ; que sa figure devenait très rouge, et qu'elle n'avait aucune souvenance de quoi que ce soit de la nature de l'accès, après que l'attaque était passée. La période d'hallucination durait environ 1/2 minute et était aussitôt suivie par l'état convulsif, lequel persistait pendant une minute et quelquefois plus, les spasmes étant tout le temps d'un caractère chronique et apparemment égaux des deux côtés. Pendant que l'hallucination était devant elle, elle agissait et parlait, comme si elle était une réalité pour elle.

Jusqu'à présent, il n'y avait aucun symptôme que pendant ses attaques elle voulût tenter des actes de violence contre elle-même ou d'autres, mais la dernière vision avait été d'un caractère très terrifiant et autant que j'en pouvais juger, les paroxysmes étaient maintenant très semblables à ceux de

Digitized by Google

la manie épileptique, et à certaines formes de ce qui est appelé impulsion morbide, familière aux névrologues. Les paroxysmes épileptiques précédés par des hallucinations, ou dont de tels phénomènes constituent une partie ne sont pas de très rare occurence.

Je recommandai d'abord l'usage du bromure de sodium à la dose de 15 *grains* trois fois par jour avec addition de doses augmentant graduellement de bromure de zinc, commençant par *un grain* joint à chaque dose de bromure de sodium. Les attaques dès l'abord cessèrent et depuis ce temps la malade est restée en excellente santé, sans même le symptôme d'un paroxysme. Elle prend encore le bromure de sodium comme dans le commencement et le bromure de zinc par doses de huit grains trois fois par jour.

2me Cas. — M. W., grand négociant d'une ville voisine, me consulta le 1er mars 1879, pour des « attaques de nerfs », comme il les appelait, dont il avait été affecté depuis plusieurs mois. Après examen je trouvai que ces « attaques » consistaient en hallucinations de la vue, de l'odorat, de l'ouïe, accompagnées d'engourdissement ou fourmillements sur le côté droit du corps et suivies immédiatement par des périodes d'inconscience. Il n'y avait de spasme d'aucune sorte, et la parole n'était pas le moins du monde embarrassée. Sa femme l'accompagnait, et, par elle, je pus recueillir plusieurs particularités de son histoire clinique.

Habituellement, mais pas toujours, le sens de l'ouïe était le premier qui fût affecté; d'autres fois celui de l'odorat avait la préséance. De quelque manière que ce fût que les paroxysmes commençassent, les hallucinations de la vue venaient en dernier. Par exemple :

Le malade était en train de remplir ses occupations ordinaires, ou, comme c'était fréquemment le cas, venait juste de se lever dès son réveil, le matin ; quand, sans autre avertissement qu'un léger tintement d'oreilles, il avait l'hallucination de quelqu'un qui lui parlait. Pendant un instant, comme c'était tout naturel, son entendement était trompé, et sous l'impression que sa femme avait parlé (la voix avait généralement le ton de la sienne, ou celui de quelque autre personne qui réellement était ou aurait pu être pré-

Digitized by Google

sente) — il répondait, ou demandait ce que l'on disait. Etant déçu, il reconnaissait tout à coup la fausseté de la sensation, et savait ce qui allait arriver.

Aussitôt après il sentit l'odeur du sang frais, et alors, aussitôt, arriva l'hallucination de la vue. Pour cette dernière il n'y avait pas d'uniformité positive, quoique les apparitions fussent toujours celles de vieilles gens, soit hommes, soit femmes, qui semblaient venir près de lui, leur taille grossissant au fur à mesure qu'ils se rapprochaient de lui ; quand ils étaient sur le point de l'atteindre, il perdait connaissance. S'il était debout, il tombait ; mais les avertissements étaient, en dernier lieu, invariablement suffisamment prolongés pour lui permettre de s'asseoir ou de se coucher. Quand il recouvrait sa connaissance, il avait toujours un clair souvenir de tous les degrés de l'attaque qui avaient précédé la perte de connaissance. Sa femme affirmait positivement qu'il n'y avait aucun mouvement convulsif nulle part ; ni rigidité, ni fixité des yeux, et point de confusion dans les idées en revenant à lui. Les hallucinations, autant que j'en pus conclure, duraient environ 1/2 minute et les périodes d'inconscience quelquefois moins que cela. La dernière attaque était survenue vers le matin, la veille du jour où il vint me voir.

C'était un homme intelligent, et en conséquence je lui demandai de me décrire exactement tous les phénomènes de cette dernière crise. Je donne cette description selon ses propres paroles autant que possible :

« Je m'étais levé vers 7 heures et demie et venais de quitter ma baignoire, quand je crus entendre ma femme me demander si j'avais fini de prendre mon bain. Je me frottais à ce moment vigoureusement avec une serviette, et me trouvant dans le doute quant aux paroles exactes prononcées, je criai : Que dites-vous? Immédiatement ces paroles me furent dites : « Noyez-vous, noyez-vous; mettez votre tête sous l'eau et maintenez-la, là. » Je regardai au dehors de la salle de bain, mais personne ne se trouvait là. Les dernières paroles, cependant, me convainquirent qu'une attaque allait venir, car presque toujours les voix me commandaient de m'infliger quelque mal, qui soit d'un caractère propre à être suggéré par mon occupation du moment. En

Digitized by Google

outre, à cet instant je sentis une sorte de sensation douloureuse me traversant le côté droit.

« Sachant par expérience ce qui était proche, je me couchai sur le plancher, mais pas avant d'avoir senti l'odeur du sang frais. C'était une odeur forte, malsaine, insupportable, qui s'accompagnait d'une légère sensation de nausée. Elle dura seulement quelques secondes, mais avant qu'elle fût passée, la vision se présenta. J'étais couché à plat sur le dos, regardant au plafond, quand soudain un grand panier descendant vers moi m'apparut. Il semblait contenir un vieux petit homme noir, qui s'appuyait sur le bord et me faisait des grimaces. Quand il arriva à un pied de ma figure le panier commença à remonter et un autre semblable, avec la même espèce de vieil homme dedans descendit comme le premier. Il semblait alors comme si une chaîne interminable, à laquelle ces paniers de petits vieillards noirs dedans, étaient fixés, entrait en mouvement à intervalles réguliers.

« Les mouvements semblèrent se continuer pendant une *heure* (1), ou plus, et alors je perdis connaissance. Comme chose certaine, la crise entière, du commencement à la fin, ne dura pas plus d'une minute et demie. Ma femme entra juste au moment où je perdis connaissance et elle est certaine que cet état ne dura pas au delà d'une demi-minute.

« En recouvrant mes sens je sautai debout, pris la serviette et continuai la friction comme si rien n'était arrivé. Je me sentais aussi bien que jamais ; sans par le fait avoir aucune sensation désagréable dans aucune partie de ma personne. »

Sa femme déclara que, l'entendant l'appeler, elle arriva vers lui d'une autre pièce, et le rejoignit juste comme il perdait connaissance. Il gisait sur le plancher parfaitement tranquille sans le plus léger mouvement spasmodique nulle part, et quand il revint à lui, il se possédait parfaitement mentalement, et physiquement.

Je traitai ce Monsieur par le bromure de sodium par doses de 15 « *grains* », trois fois par jour, et le résultat fut d'arrêter les crises dès le troisième jour. Depuis ce moment

(1) Il veut sans doute dire une minute, car alors les faits ne concorderaient plus.

Digitized by Google

jusqu'à maintenant 2 juin, il n'a pas eu de paroxysme d'aucune sorte. Il continue encore à prendre le médicament.

Trois autres cas semblables dans leurs traits généraux, mais sur lesquels je n'ai pas d'informations complètes, ont passé sous mon observation.

Que ceux-ci soient des cas d'épilepsie ne sera pas mis en doute, je suppose ; qu'ils possèdent des traits particuliers sera volontiers admis. La forme d'épilepsie décrite jusqu'ici, qui se rapproche le plus de celle-ci, consiste en paroxysmes, dans lesquels le malade a une hallucination ordinairement de la vue, et ensuite passe immédiatement à une crise ordinaire. Beaucoup de cas analogues ont été rapportés et un grand nombre se sont présentés dans ma clientèle. Je reviendrai de suite à la considération de ces derniers.

Le point principal qu'il est désirable de faire ressortir dans la communication actuelle, a rapport au siège du désordre intracrânien. Le titre d'Epilepsie thalamique, que j'ai donné à cet article, indique suffisamment mon opinion sur cette question. Mes raisons pour l'opinion que j'ai conçue sont brièvement ainsi qu'il suit, — et sont basées, aussi bien sur la physiologie que sur les expériences que la maladie nous a fait faire.

On verra si on divise la Thalami optici, couche optique, centralement, antéro-postérieurement, qu'elle a logé dans sa substance quatre corps ganglionnés. Parmi ceux-ci, trois sont rangés le long de la surface supérieure de chaque thalamus (couche) et par leur position peuvent être désignés comme l'antérieur, celui du milieu ou médium, et le postérieur, tandis que l'autre, plus profondément placé, peut être appelé le central.

Luys (1), qui a étudié la formation de la « thalami optici », couche optique, avec une grande perfection, désigne ces « nuclei » noyaux, d'après leurs rapports allégués anatomiques et physiologiques, comme étant respectivement l'olfactif, l'acoustique, et le sensitif ou ganglion de sensibilité générale.

(1) Luys. Recherches sur le système nerveux, etc. Paris, 1865, page 198 et suivantes.

Digitized by Google

Il est vrai que Meynert (1) ne reconnaît leur existence qu'à demi, soutenant que l'existence de distincts « nuclei » noyaux, est dû au mode de distribution des faisceaux « fasciculi » de fibres qui pénètrent dans le Thalalamus et qui l'évacuent dans le thalamus, et que Huguenin (2) adopte cette opinion sur ce sujet. Réellement, bien que la question ne soit pas de grande importance, en tant que sa portée, sur le sujet de cette matière, concerne cet article ; je pense qu'il est possible de démontrer d'une façon complète : que l'« optic-thalami », les couches optiques, soit, par des noyaux « nuclei » distincts, ou par elles-mêmes, comme corps des cellules ganglionnées, sont distinctement liées aux organes des sens spéciaux, auxquels il est référré, comme leurs centres nerveux.

Les relations de « l'optic thalami », des couches optiques, avec la sensibilité, furent d'abord indiquées par Magendie (3) qui affirma que leur irritation chez les animaux produisait une douleur excessive, tandis que d'autres parties du cerveau peuvent être blessées sans causer de souffrances évidentes.

Elles ont aussi été regardées comme étant spécialement les centres de la vision, comme présidant aux mouvements des extrémités supérieures et encore comme influençant les mouvements volontaires dans les membres thoraciques et pelviens.

Quoique Todd, Carpenter et d'autres aient considéré « l'optic thalamic », les couches optiques, comme centres des impressions sensoriales, Luys (4), plus que tout autre physiologiste, a élaboré cette idée, et a fourni, pour la soutenir, des arguments qu'il est difficile de négliger. Sa doctrine consiste en ce que l'« optic thalami », les couches optiques, sont les réservoirs de toutes les impressions sensoriales venant de la périphérie du système nerveux, que comme d'autres corps ganglionnaires, elles élaborent ces impressions, et qu'au moyen des fibres de la « corona-radiata », cou-

(1) Meynert. Article sur le cerveau des mammifères, dans le manuel d'histologie de Striker. Edition américaine, page 690.

(2) Huguenin. Anatomie des centres nerveux, traduction française de Keller. Paris, 1879, page 104.

(3) Magendie. Leçons sur le système nerveux, Paris 1865, page 198 et suivantes.

(4) Luys. Œuvre citée, page 344 et suivantes.

Digitized by Google

ronne rayonnante, elles les transmettent au « cortex », à la substance corticale du cerveau, afin qu'elles soient encore plus perfectionnées en étant converties en idées. Selon ses propres expressions (1) :

« Toutes les impressions sensoriales après avoir été reçues « et concentrées dans la substance grise de l'« optic thala-« mi » des couches optiques, sont irradiées vers les diffé-« rentes régions de la périphérie corticale. Les fibres blan-« ches centrales les transmettent, et la substance grise « des convolutions, circonvolutions, les reçoit et les éla-« bore » (2).

Beaucoup de faits de l'anatomie morbide concourent à soutenir cette opinion du rapport entre les différents organes sensoriels et les couches optiques « optic thalami ». Vingt-six cas ont été recueillis par Ritti d'après Hunter, Treviramus, Serres, Lancereaux, Cruveilhier, Andral, Marcé, Lallemand, Laborde, Luys, Voisin et autres quant à l'effet des troubles sensoriels existant pendant la vie, en connexion avec une maladie embrassant l'optic thalami, les couches optiques comme il était découvert après la mort.

Mais ce n'est point l'anatomie morbide seule que nous avons à considérer quant à l'évidence de cette relation.

(A suivre.)

(1) Œuvre citée, page 346.
(2) Théorie physiologique de l'hallucination. Paris, 1874, page 37.



Digitized by Google

DOCUMENTS PSYCHOLOGIQUES

EXPLICATION DE LA MALADIE DE J.-J. ROUSSEAU, ET DE L'INFLUENCE QU'ELLE A EUE SUR SON CARACTÈRE ET SES ÉCRITS,

Par le Dr Aug. MERCIER,
(Lauréat de l'Institut) 1850.

(*Suite.*)

IV

Le Bègue de Presle, Bruslé de Villeron, Casterès, Chenu et Bouvet, qui firent l'autopsie, ont émis dans leur procès-verbal l'opinion que J.-J. avait été affecté « d'un état spasmodique des parties voisines du col de la vessie, ou du col même, ou d'une augmentation de volume de la prostate, maux qui se sont dissipés en même temps que le corps se sera affaibli et amaigri en vieillissant ». Sœmmering croit qu'il n'avait qu'un spasme de l'urètre (1). Amussat suppose qu'il existait dans le canal un rétrécissement produit par le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse (2). Je vais dire ce qu'à mon avis ces opinions offrent de vrai, et ce qu'elles ont de vague et d'incomplet.

Rousseau se tait sur l'origine de son mal ; en ayant souffert si jeune, il l'attribue à un vice naturel de conformation ; mais ce qui fait nécessairement douter de la justesse de cette supposition, c'est la rémission qu'il a éprouvée à différentes époques de sa vie. Admettons, au contraire, une inflammation chronique du canal, et l'on reconnaîtra que, « pur de toute jouissance jusqu'à l'âge où les tempéraments les plus froids et les plus tardifs se développent (3), n'ayant connu qu'à vingt ans ce dangereux supplément qui trompe la nature (4) », on concevra, dis-je, que Rousseau ait vu l'état de ses premières années s'amender : à l'âge dont nous parlons, « il se portait bien (5) ». Mais, du moment qu'il travailla, comme il le dit lui-

(1) *Maladies de la vessie et de l'urètre chez les vieillards*, trad. franç. p. 171.
(2) *Gazette médicale de Paris*, du 13 février 1836.
(3) *Conf.*, livre I.
(4) *Ibid.*, livre III.
(5) *Ibid.*, livre IV.

Digitized by Google

OSTON MEDICA
SEP 4 191

LIBRARY

même, à détruire sa bonne constitution (1) ; que, « altéré de la soif des femmes », il eut commencé à apaiser ses ardeurs (2), tout son être ne dut-il pas d'autant plus s'ébranler que « les besoins de l'amour le dévoroient au sein de la jouissance ? » Aussi des palpitations survinrent, des crachements de sang, de la fièvre. « Mes passions m'ont fait vivre, s'écrie-t-il, et mes passions m'ont tué (3). »

A l'époque où il éprouva ce premier ressentiment de son infirmité, qui, d'ailleurs, ne s'était jamais complètement dissipée, ainsi que le témoignent « ses envies fréquentes d'uriner », il n'avait pas perdu « la funeste habitude de donner le change à ses besoins (4) », et le séjour de Venise, certaines historiettes qu'il raconte, jointes à son extrême timidité, ne durent certainement pas l'en guérir. Plus tard, l'état sédentaire exigé par le maussade travail que lui avait confié Francueil, et dont il se plaint, ne pouvait en effet qu'exaspérer son mal (5). Il en fut de même de la société, plus que dissipée, des gens de lettres et des femmes du grand monde qu'il fréquentait, de son isolement à l'Ermitage, et surtout de son malheureux amour pour madame d'Houdetot. Qu'on lise les lettres qu'il lui écrit (6), et qu'on dise s'il pouvait en être autrement « avec des sens si combustibles, avec un cœur tout pétri d'amour », lui qui, « dévoré du besoin d'aimer, se voyoit atteindre aux portes de la vieillesse sans l'avoir bien pu satisfaire (7) ! » Nous trouvons, en un mot, en parcourant les diverses phases de sa vie agitée, que les accidents ont reparu à une époque où tout venait mettre en jeu l'irritabilité des organes sexuels ; aussi, dès lors, et pendant tout le temps de sa virilité, furent-ils presque sans relâche (8).

Comme Rousseau a été atteint de sa maladie dès sa plus tendre enfance, mon opinion surprendra sans doute beaucoup ceux qui ne voient toujours, dans les inflammations de l'urètre, que les fruits d'une vie licencieuse ; mais je crois avoir démontré que c'est une erreur profonde, et qu'à tout âge, notamment chez les enfants, une foule de causes, et particu-

(1) *Conf.*, livre III.
(2) *Ibid.*, livre V.
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*, livre VII.
(5) *Conf.*, livre VIII.
(6) Surtout celle de juin 1757.
(7) *Conf.* l. IX.
(8) Voir les *Mémoires de Madame d'Epinay*, édition de L. Enault, p. 233, 321 et 373.

Digitized by Google

lièrement certaines altérations de l'urine qui se manifestent dans les affections fébriles, pendant le travail de la dentition, etc., déterminent des inflammations des voies qu'elles parcourent (1) ?

Quoi ! cet âge nous offre à chaque instant des inflammations des muqueuses des yeux, des oreilles, de la gorge (2), etc., et celle de la vessie aurait le privilège de n'en être jamais atteinte ! On devrait, au contraire, être étonné de son immunité habituelle, si l'on ne faisait attention que c'est vers la tête que s'établit à cet âge la prédominance morbide. Ce signe, que provoquaient chez Rousseau, à l'âge de huit ans, les corrections de mademoiselle Lambercier (3), attestent dans ses organes une irritabilité extrême, et les douleurs « incroyables » déterminées par une main aussi exercée que celle de Morand prouvent qu'ils étaient le siège d'une sensibilité exagérée.

Il n'est pas jusqu'aux plus petits détails de l'histoire de J.-J. qui ne viennent corroborer mon opinion: les mauvais effets d'aliments trop excitants (4), notamment des asperges (5), des tisanes et des bains (6), ceux non moins fâcheux des voitures (7), et de la position assise (8) ; la funeste influence de l'hiver (9),et des fortes chaleurs (10),tout concorde avec ce que j'ai observé moi-même chez un très grand nombre de malades.

J'ai fait remarquer, il y a déjà longtemps (11), que, dans les inflammations chroniques de l'urètre, l'acte vénérien n'a pas toujours les mêmes conséquences : il devient utile s'il n'est

(1) Voir mes *Recherches sur les causes de l'urétrite chronique. Union médicale*, 1853. — Peut-être que, si nous connaissions la conformation extérieure qu'accuse Rousseau sans la préciser (*v.* p. 26), elle nous donnerait l'explication que nous cherchons. L'étroitesse trop grande du prépuce est une cause fréquente d'urétrite, et, dernièrement, j'ai opéré, devant le professeur Bouchardat et le docteur Bonvallet, un personnage éminent chez qui cette seule cause avait déjà développé des accidents qui menaçaient de devenir formidables.

(2) Rousseau a été lui-même très sujet dans sa jeunesse, aux maladies inflammatoires, aux pleurésies, et surtout aux esquinancies (*Conf.*, livre VII. — *Corresp.*, lettres du 16 novembre 1761 et du 16 juin 1765).

(3) *Conf.*, livre I. — Suivant Musset-Pathay, il avait alors dix ans.

(4) Lettre du 20 août 1764.

(5) Bernardin de Saint-Pierre, *loc. cit.*, p. 63.

(6) V. p. 28.

(7) Lettre du 19 octobre 1757.

(8) Lettre du 2 mai 1765.

(9) *Conf.* et un très grand nombre de lettres.

(10) *Conf.*— Lettres de l'été de 1757, de juin 1761, du 17 juin 1763, etc.

(11) *Recherches sur les valvules du col de la vessie*, p. 118; 1841.

Digitized by Google

que la satisfaction d'un besoin réel ; il est au contraire nuisible quand il n'est que l'aberration d'une imagination déréglée. Dans le premier cas, c'est une crise qui calme un état d'excitation ; dans le second, c'est un travail qui trouble un état de calme, sinon de torpeur. Il paraît que Rousseau n'en éprouva pas les mêmes effets dans tous les temps : il s'en trouvait bien dans sa jeunesse : du moins on doit le penser d'après les bons résultats du régime qu'il suivit avec madame de Larnage (1) ; tandis que plus tard, vers l'âge de quarante-six à quarante-sept ans, il fut obligé d'y renoncer (2). Rappelons-nous aussi que le vice équivalent lui semblait moins contraire : c'est encore ce dont plusieurs malades m'ont fait confidence. Peut-être cette différence tient-elle à ce que ces deux actes n'exigent pas, de la part des organes, un égal degré d'excitation.

V

Lallemand, avec la puissance d'induction qui le caractérise, s'est longuement efforcé de prouver que Rousseau était affecté de pertes séminales involontaires, et il s'appuie sur quelques extraits de ses *Confessions* dont je vais citer les principaux.

Voici d'abord celui dans lequel il décrit son avénement à la puberté : « J'avois senti le progrès des ans ; mon tempérament inquiet s'étoit enfin déclaré, et sa première éruption, *très involontaire*, m'avoit donné sur ma santé des alarmes qui peignent mieux que toute autre chose l'innocence dans laquelle j'avois vécu jusqu'alors. Bientôt rassuré, j'appris ce dangereux supplément qui trompe la nature et sauve aux jeunes gens de mon humeur beaucoup de désordres, *aux dépens de leur santé*, de leur *vigueur* et quelquefois de leur *vie*. Ce vice, que la honte et la timidité trouvent si commode, a de plus un grand attrait pour les *imaginations vives* : c'est de disposer, pour ainsi dire, à leur gré, de tout le sexe, et de faire servir à leurs plaisirs la beauté qui les tente sans avoir besoin d'obtenir son aveu. Séduit par ce funeste avantage, je travaillois à détruire la bonne constitution qu'avoit rétablie en moi la nature, à qui j'avois donné le temps de se bien for-

(1) *Conf.*, livre VI.

(2) Lettre du 22 juin 1761. — Il paraît, d'après les *Conf.*, livre XII, que cette résolution fut assez mal tenue pendant dix ans, et qu'elle faillit jeter le trouble dans son ménage. *V.* sa lettre à sa femme, du 12 août 1769.

Digitized by Google

mer (1). » Ce passage prouve que Rousseau s'est livré à ce qu'on désigne à tort sous le nom d'onanisme (2) et qui amène assez souvent la spermatorrhée ; mais il ne démontre pas qu'elle en ait été véritablement le résultat. En trouver la preuve dans la première éruption dont il parle, c'est à coup sûr forcer les conséquences. J'ajouterai même que, s'il a persisté si longtemps dans cette déplorable habitude, c'est que des pertes spontanées ne prévenaient pas le besoin de les provoquer.

Mais, dit Lallemand, « de vingt à vingt-trois ans, Rousseau conçoit de nombreuses passions, entame une foule d'aventures sans leur donner suite ; il reconduit à Fribourg la petite Merceret, couche dans la même chambre pendant toute la route, en reçoit des agaceries sans en profiter (3). Il termine aussi gauchement plusieurs autres intrigues. Enfin madame de Warens, dont il est épris, et avec laquelle il vivait dans la plus grande intimité depuis plusieurs années, se détermine, *pour le soustraire aux dangers de son âge*, à lui accorder ses faveurs, et l'en prévient huit jours à l'avance. On croira que ces huit jours lui durèrent un siècle ; tout au contraire, il s'accuse d'avoir senti, au lieu des délices qui devaient l'enivrer, presque de la *répugnance* et des *craintes* (4) ». Ici Lallemand me semble oublier que Rousseau était jeune et naturellement très timide ; que madame de Warens était de douze ans plus âgée que lui ; que les dangers auxquels elle le voulait soustraire n'étaient autres que les occasions et les tentations auxquelles l'exposait, à cette époque, son état de professeur de musique ; qu'il n'avait eu pour elle jusqu'alors que des sentiments de respect ; qu'il la regardait comme sa mère et lui en donnait le nom. En fallait-il davantage pour provoquer

(1) *Conf.*, livre III.

(2) L'acte qui a valu à Onan sa triste célébrité était d'une autre nature : « Introiens ad uxorem fratris sui, semen fundebat in terram, ne « liberi fratris, nomine nascerentur (*Genes.*, cap. XXXVIII, vers. 9). » Cet acte, qui est une pratique très répandue de nos jours, même dans les unions légitimes, est presque aussi nuisible à l'homme que les abus solitaires ; mais c'est surtout pour la femme qu'il a de funestes conséquences, telles que : inflammations utérines, désordres nerveux, troubles digestifs, etc., etc. Les accidents me paraissent résulter, chez elle, de ce que l'orgasme, poussé à ses dernières limites, reçoit rarement une satisfaction complète, et, chez l'homme, de ce que, dans son désir de donner cette satisfaction sans courir les risques qu'Onan redoutait, il refuse trop longtemps à ses propres organes la détente normale.

(3) *Conf*, livre IV.

(4) *Ibid.*, livre V.

Digitized by Google

dans cette âme novice les sentiments qu'il exprime? Était-il si rare autrefois, dans nos campagnes, de voir de jeunes mariés, qui, certes, n'avaient pas de pertes morbides, ne pouvoir de si tôt consommer l'acte du mariage ? et même aujourd'hui une femme enivre-t-elle de délices l'homme dans les bras duquel elle se jette comme l'a fait madame de Warens ? Non ; quand Rousseau dit : « Je goûtai le plaisir, » il fait preuve d'un certain degré de virilité, puisque, malgré sa *répugnance*, madame de Warens en eut pour ses frais ; mais quand il ajoute : « Je ne sais quelle *invincible tristesse* en empoisonnoit le charme, » il n'exprime que ce que tout jeune homme imbu de sentiments honnêtes aurait éprouvé en pareil cas.

Quant à la maladie de langueur qu'il fit peu de temps après, quant à sa faiblesse, ses palpitations, ses essoufflements au moindre exercice, ses vertiges, et la perturbation générale qui s'opéra dans sa santé, les abus qu'il a pu commettre suffisent à les expliquer ; c'est alors qu'il dit : « Les besoins de l'amour me dévoroient au sein de la jouissance. J'avois.. une amie chérie, mais il me falloit une maîtresse ; je me la créois de mille façons pour me donner le change à moi-même... » Avec ce que nous savons déjà de ses faiblesses, ne peut-on pas supposer qu'il lui arrivait souvent aussi de donner le change à ses organes ? Ajoutons encore une passion fougueuse pour la musique et le jeu d'échecs, passion qui lui faisait passer très souvent des nuits entières à copier et à jouer tout seul. « On conviendra, dit-il lui-même, qu'il est difficile, et surtout dans l'ardeur de la jeunesse, qu'une pareille tête laisse le corps en santé. » Enfin, une remarque qui n'est peut-être pas sans importance ici, c'est que, à fréquence égale, l'acte sexuel fatigue d'autant plus qu'on éprouve moins d'entraînement pour la personne qui le partage. Or, Rousseau l'a répété bien des fois, il n'a jamais eu d'amour pour madame de Warens.

Sa mésaventure à Venise, avec cette Zulietta dont il fait le portrait le plus séduisant et dont le souvenir l'a poursuivi jusque dans ses derniers jours, serait peut-être plus caractéristique. « A peine eus-je connu dans les premières familiarités le prix de ses charmes et de ses caresses que, *de peur d'en perdre le fruit d'avance*, je voulus me hâter de le cueillir. » Il se sentait donc en bonne disposition. « Tout à coup, au lieu des flammes qui me dévoroient, je sens un froid mortel couler dans mes veines ; les jambes me flageolent, et, prêt à me trouver mal, je m'assieds et je pleure comme un enfant (1). »

(1) *Conf.*, livre VII.

Digitized by Google

Et cependant, si le fruit n'a pas été cueilli, rien n'indique qu'il se soit détaché de la tige. Il me semble même que, si cela eût été, Rousseau, au lieu de s'en prendre à des réflexions philosophiques, au désenchantement, etc., aurait plutôt accusé l'effervescence de sa nature, comme nous l'avons vu dans ses visites à madame d'Houdetot. L'homme se fait si volontiers illusion sur ce chapitre ! Eh bien ! c'est tout le contraire.«Non s'écrie-t-il tristement, la nature ne m'a point fait pour jouir. »

La narration de ses visites à madame d'Houdetot est précisément encore donnée par Lallemand à l'appui de son opinion ; il insiste surtout sur ce *danger*, sur ces *accidents* qu'il redoutait et qu'il n'avait jamais pu éviter lorsqu'il faisait *seul* le trajet. J'avoue que cette preuve me semble un peu plus démonstrative, et encore je me demande si Rousseau n'exprimait pas seulement ainsi l'impossibilité où il se trouvait de résister au besoin de tempérer l'ardeur de ses sens.

C'est alors qu'il néglige Thérèse et se condamne à la continence : autre preuve pour Lallemand. Mais, consumé d'une passion si violente, pouvait-il en être autrement à l'égard d'une femme pour laquelle il n'en avait jamais ressenti ? Et, de plus, n'avons-nous pas vu que son inflammation avait redoublé d'intensité et que les rapports sexuels aggravaient son état, sans compter la crainte qu'il exprime d'avoir des enfants, crainte, à la vérité, bien tardive ?

L'inflammation chronique de l'urètre exerce sur les organes génitaux l'influence la plus capricieuse : tantôt elle les exalte au suprême degré ; tantôt elle les jette dans une torpeur complète, sans qu'on puisse préciser toujours la cause de ces différences, qui dépendent habituellement et du progrès de la maladie et du tempérament du malade. Je crois que voici ce qu'on peut dire de plus général : c'est que, tant que l'uréthrite reste bornée au canal, elle n'agit sur l'appareil sexuel que comme stimulant, de même qu'une excitation de la muqueuse buccale stimule les glandes salivaires ; tandis que, si l'inflammation s'enfonce dans les voies séminales, elle altère leurs sécrétions, dont elle augmente d'abord la quantité, en même temps qu'elle leur fait perdre de leur consistance et de leurs autres propriétés. J'ai même parfois remarqué que les animalcules rares et chétifs qu'elles contiennent sont complètement dépourvus de mouvement lorsqu'ils arrivent au dehors, qu'ils peuvent à la fin manquer complètement, et le produit excrété ne plus offrir au microscope d'autres caractères que ceux du muco-pus ou du pus.

Digitized by Google

Inutile de dire que, abstraction faite de l'irritabilité nerveuse des malades, les désordres doivent être différents dans ces diverses conditions.

Dans la première, le sens génital, constamment agacé, est constamment prêt à entrer en action, et de là une énergie factice qui peut aller jusqu'au priapisme et au satyriasis ; mais, sans parvenir à ce degré, voici ce qui arrive souvent.

On sait que rien n'est plus aveugle et ne se trompe plus facilement que l'instinct qui préside au jeu des organes sexuels, quand il n'est pas sous l'empire de la raison ; c'est véritablement la partie la plus brutale de notre être, c'est la *bête* de X. de Maistre dans toute la force du terme. Aussi, du moment que, pendant le sommeil, la raison s'endort, la moindre sensation, un frottement insolite, une position particulière, la réplétion de la vessie, un rien fait que ce sens s'éveille, que l'érection survient et souvent même la pollution : trop heureux encore quand l'illusion a besoin d'atteindre jusqu'au rêve pour parvenir à cet entier accomplissement.

Eh bien ! qu'on se figure ce qui doit arriver quand un malade est sous l'influence habituelle des cuissons, des démangeaisons, de l'ardeur ou des autres sensations quelquefois indéfinissables qui sont l'accompagnement, non pas constant, mais assez fréquent, des uréthrites chroniques, et qu'aggrave encore la chaleur du lit. Il en est qui peuvent à peine fermer les yeux sans que l'érection survienne, et souvent avec ses conséquences. J'en ai vu que cet état préoccupait si cruellement qu'ils se réveillaient aussitôt, et ne pouvaient, par cela même, goûter dix minutes de sommeil continu. Souvent, alors, les organes fatigués, épuisés, ne peuvent plus entrer en exercice dans les conditions normales.

La situation est pire encore quand les voies séminales sont le siège d'une inflammation chronique. A la moindre idée lascive les vésicules se contractent, et l'expulsion de leur contenu est favorisée par son abondance et sa trop grande fluidité. Parfois même les vésicules n'ont pas besoin d'agir, et les moindres efforts, surtout ceux qui ont pour but de vider le rectum ou de chasser les dernières gouttes suffisent, pour en exprimer le contenu. Par ce fait même, et parce qu'un sperme mal élaboré et pauvre en principes fécondants n'exerce pas une stimulation suffisante, l'appareil érecteur devient plus ou moins inerte, d'où résulte l'impuissance. Ai-je besoin d'ajouter que, quand les testicules sont malades, leurs conduits

Digitized by Google

excréteurs oblitérés, leur produit complètement dénaturé, la stérilité en est la conséquence nécessaire ?

Dans toutes ces conditions, la constitution s'altère ; mais c'est dans les dernières surtout que l'intelligence et le corps dépérissent rapidement.

Qu'on soutienne maintenant que Rousseau était atteint d'une irritation de la première espèce, je n'y vois rien d'impossible : on expliquerait peut-être ainsi l'excessive sensibilité qui s'est manifestée dans ses organes dès ses plus tendres années ; on se rendrait peut-être même compte de la persistance de ses mauvaises habitudes et de cette disposition érotique de son esprit qui l'a dominé dans beaucoup de circonstances de sa vie et qui lui a inspiré des pages si brûlantes ; mais il me répugne d'admettre, avec Lallemand, que celui dont le cerveau a remué si profondément les idées et posé les bases de nos constitutions modernes, dont le cœur a produit l'un des livres les plus passionnés qui soient sortis de la main des hommes, ait été en proie, et précisément à cette époque plus qu'à toute autre, à des pertes diurnes, les plus graves de toutes et les plus débilitantes. La plupart des phénomènes que Lallemand attribue à une spermatorrhée supposée, tels que « ses promenades solitaires, sa vie ambulante, sa misanthropie et ses étranges paradoxes contre la civilisation », je montrerai qu'ils s'expliquent tout aussi bien et même mieux, par la dysurie, qu'on ne peut révoquer en doute.

Je ferai d'ailleurs remarquer que l'opinion de Lallemand, fût-elle incontestable, ne pourrait que venir à l'appui de la mienne, puisque les pertes séminales sont le plus souvent un effet de l'inflammation chronique de l'urètre.

VI

Mais comment cette inflammation gênait-elle le cours de l'urine ?

J'ai dit, dans mes considérations préliminaires, que je n'ai jamais vu l'urétrite, même la plus vive, gonfler la muqueuse au point d'oblitérer le canal ; l'opinion qui suppose ce genre d'obstacle n'est donc pas fondée. D'autre part, on ne peut admettre, dans le cas de Rousseau, ni tumeurs, ni abcès, ni végétations.

Ce qu'on trouve de plus positif en parcourant son histoire, c'est que l'obstacle avait son siège dans la partie la plus profonde de l'urètre, puisque le frère Côme expliqua par un

Digitized by Google

squirre de la prostate les difficultés qu'il éprouvait à passer la sonde.

Cette circonstance, jointe aux résultats négatifs de l'autopsie, exclut l'idée de rétrécissement organique, altération excessivement rare au delà du bulbe. Elle exclut également toute contraction spasmodique de la région spongieuse, quand même la possibilité de ce trouble fonctionnel serait mieux démontrée. Elle exclut même presque autant un resserrement et une déviation de la région membraneuse déterminés par un spasme ou une contracture des muscles environnants. Les difficultés provenaient évidemment d'une déviation de l'axe du canal, et non d'une diminution de son calibre, puisqu'il ne paraît pas que la grosseur des bougies ait été jamais un obstacle à leur introduction, et que, si celles de Daran pénétraient mieux que les autres, c'est en raison de leur plus grande flexibilité.

On peut encore moins admettre la présence d'un corps étranger dans un point quelconque des voies urinaires, supposition à laquelle Rousseau lui-même s'était arrêté jusqu'à la visite du frère Côme et que les recherches les plus attentives après sa mort ont démontrée complètement fausse.

Nous sommes donc forcé, par voie d'exclusion, de nous arrêter soit à un engorgement de la prostate, soit à une valvule musculaire du col de la vessie.

Le frère Côme a diagnostiqué pendant la vie un squirre de la prostate ; et ce qu'on désignait alors sous ce nom, c'est ce que nous appelons aujourd'hui engorgement ou hypertrophie de cette glande. Mais les praticiens qui ont fait l'ouverture du corps n'en ont pas trouvé, et ce n'est pas faute d'attention, puisqu'ils supposent que cette augmentation de volume a pu se dissiper avec l'âge.

J'ai démontré d'ailleurs que l'engorgement de la prostate ne cause la rétention d'urine que de trois manières : ou bien l'un des lobes latéraux de la glande s'est beaucoup plus accru que l'autre et repousse fortement le canal du côté opposé ; une pareille déviation n'aurait pu être méconnue ; ou bien de son extrémité supérieure, et le plus souvent de sa portion susmontanale, une tumeur s'élève dans la vessie et peut, en s'inclinant au-dessus de l'orifice interne de l'urètre, le fermer à la manière d'une soupape : une tumeur de ce genre aurait encore moins échappé à l'examen ; ou bien, l'engorgement de cette portion susmontanale affectant uniformément chacune des granulations, il en résulte une espèce de cloison trans-

Digitized by Google

versale ou valvule susceptible encore de fermer l'urètre par le même mécanisme. Cet état aurait fort bien pu ne pas être aperçu, à une époque surtout où les différences entre l'état normal et l'état pathologique n'avaient pas été aussi bien étudiées qu'aujourd'hui. J'ai publié deux observations où une semblable disposition avait échappé aux recherches attentives de deux de nos premiers anatomistes et des nombreux assistants qui suivaient leur clinique (1). Il se pourrait donc que Rousseau eût eu une *valvule prostatique.*

Mais l'hypertrophie de la prostate est un des tristes apanages de la vieillesse et ne se rencontre guère que chez des gens ayant passé la soixantaine, tandis que Rousseau fut tourmenté par la dysurie dès sa plus tendre enfance. Cette hypertrophie augmente presque toujours avec les années, loin de diminuer, tandis que l'affection de J.-J. sembla rétrograder d'abord et le laissa tranquille jusqu'à trente ans, *sauf de fréquents besoins d'uriner* qui me portent à croire que dès lors il ne vidait pas entièrement sa vessie, puisque plus tard le frère Côme la trouva grande. Ajoutons que, dans ses dernières années, sa maladie devint bien moins pénible.

Tout semble donc prouver que Rousseau n'avait pas un engorgement de la prostate. Il est vrai qu'en l'explorant pendant la vie le frère Côme l'a trouvée volumineuse ; mais il est facile de se tromper à cet égard : si elle n'augmente pas notablement de volume sous l'influence d'une inflammation chronique, elle acquiert souvent plus de dureté, et la résistance plus grande qu'on sent à la pression en impose aisément pour une augmentation de volume. Il faut une certaine habitude pour distinguer ces nuances.

Maintenant admettons que Rousseau ait été atteint de la maladie que j'ai découverte et désignée sous le nom de *valvule musculaire*, la seule à peu près qui, avec les engorgements de la prostate, puisse causer un obstacle durable au cours de l'urine dans la partie la plus profonde de l'urètre, et voyons si tout ne s'expliquera pas avec facilité.

Ces valvules échappent plus facilement encore que les précédentes à l'attention des observateurs, car elles sont moins épaisses et n'offrent pas d'inégalités comme celles-ci en présentent fréquemment. Et puis, quand même il serait démontré que l'exagération de l'état normal qui les constitue n'est jamais congéniale, il est certain qu'elles peuvent débuter dès

(1) *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux, etc.*; 1841.

Digitized by Google

la plus tendre enfance, de même que l'inflammation qui en est la cause habituelle : j'en ai rencontré bon nombre d'exemples. Enfin la dysurie qu'elles produisent varie d'intensité suivant que l'inflammation s'accroît ou diminue et qu'elle ajoute plus ou moins à la contracture musculaire qui en est l'origine. Aussi, quoiqu'il soit rare qu'après une certaine durée elles disparaissent sans l'intervention de la chirurgie, j'ai vu cependant quelquefois la dysurie s'amoindrir spontanément, soit par la diminution de l'inflammation dont les effets spasmodiques s'ajoutaient à l'obstacle permanent (1), soit parce qu'il survenait, avec l'âge, une hypertrophie régulière des lobes latéraux de la prostate, hypertrophie qui avait pour conséquence un accroissement du diamètre antéro-postérieur de la portion correspondante du canal, tandis que la valvule restait la même. On comprend aisément que, dans les cas surtout où celle-ci n'est point assez saillante pour causer une rétention continue, il n'est pas besoin que l'accroissement de ce diamètre soit bien grand pour amener dans la fonction une amélioration marquée.

Est-il certain d'ailleurs que la chirurgie ait été complètement étrangère au soulagement obtenu par Rousseau dans ses dernières années ? Je ne le crois pas ; seulement j'avoue que le chirurgien en aurait été parfaitement innocent. Rappelons-nous que J.-J. fait dater ce soulagement de l'exploration de sa vessie par le frère Côme, et que celui-ci eut beaucoup de peine à pénétrer. Ne se pourrait-il pas qu'il eût déchiré en partie la valvule ? J'ai vu et publié des faits semblables ; moi-même, dans des circonstances particulières que j'exposerai ailleurs, je fus amené à produire volontairement une déchirure de ce genre chez un homme qui, à l'âge de plus de quatre-vingt-cinq ans, fut pris d'une rétention complète ; celle-ci, quoique déjà ancienne, cessa dès le lendemain, et ce vieillard vécut encore près de deux ans sans retour de son infirmité (2). L'amélioration ne fut pas aussi immédiate chez Rousseau ; mais songeons que le hasard seul l'a opérée, et que les

(1) Les bougies peuvent bien affaisser un peu et momentanément l'obstacle, mais c'est surtout en faisant cesser la complication de spasme qu'elles sont utiles. Nous avons vu que Rousseau en éprouvait du soulagement, mais qu'elles ne le guérissaient pas.

(2) Il s'agit ici du père de l'un de mes confrères et amis, le Dr Lorne. Celui-ci m'a fait en outre opérer deux malades de sa clientèle, l'un qui avait également plus de quatre-vingt-cinq ans et l'autre soixante-seize ; tous deux avaient une rétention complète, et, guéris de leur rétention, ils vécurent, le premier six mois, et le second quatre ou cinq ans.

Digitized by Google

conditions hygiéniques et morales du malade n'étaient pas de nature à favoriser les résultats.

Enfin il a succombé à une affection cérébrale. Ces sortes de maladies sont très fréquemment l'effet de celles des organes urinaires, soit par le trouble général que ces dernières occasionnent, soit par les efforts d'expulsion qu'elles nécessitent; mais, outre d'autres causes que j'ai déjà mentionnées, J.-J. avait soixante-six ans, et nous ne devons pas oublier combien, à cet âge, le cerveau périclite déjà, surtout quand il a été aussi tourmenté que celui de notre grand et malheureux écrivain.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE DE L'HYPNOTISME (1)

La suggestion hypnotique dans l'allaitement (2),

Par le Dr W. Hassenstein (3).

Le 17 septembre 1891 est entrée à mon service, comme nourrice, une jeune fille de la campagne, âgée de 25 ans, forte et bien faite, Charlotte R.

Jusqu'à ce jour, cette jeune fille avait nourri avec succès son enfant, âgé de 3 mois, et je comptais, non sans raison, faire une bonne acquisition en l'acceptant pour mon nouveau-né. Au commencement, je n'ai rien remarqué d'anormal. La nourrice donnait un lait abondant et de bonne qualité. Mais à partir du 3e jour de son entrée, le petit devint agité, la nourrice se voyait dans la nécessité de le mettre au sein très fréquemment, afin de le calmer.

En même temps la quantité de lait, qui avait été si abondante, commençait à diminuer.

Finalement, la nourrice est arrivée à ne plus pouvoir nourrir qu'une ou deux fois, pendant la nuit et le matin. Je me trou-

(1) Nous publierons désormais dans chaque numéro, sous la rubrique de *Chronique de l'Hypnotisme* tout ce qui a trait aux études spéciales qui sont de son domaine. Ces documents spéciaux sont destinés à remplacer le Bulletin clinique de la Charité. J. L.

(2) 1 volume grand in-8°, 344 pages, 6 fr. Félix Alcan, éditeur, 1894.

(3) *Annales de l'Hypnotisme de Berlin*, janvier 1894.

vais dans l'impossibilité de me procurer une autre nourrice. Je pouvais d'autant moins me décider à la congédier, qu'en dehors de la triste situation où l'aurait mise la perte de la place, elle paraissait avoir un réel attachement pour mon enfant. Néanmoins, cette décision m'a paru inévitable, car quelques jours plus tard, le lait fut complètement tari.

La nourrice, elle-même, demanda son congé dans l'espoir de retrouver le lait en donnant le sein à son enfant.

Or, presque en même temps, j'obtenais des merveilleux résultats, en traitant par la suggestion un cas d'asthme qui, durant des années, n'avait cédé à aucun traitement médical et faisait le désespoir du malade. Comme,d'autre part, la jeune femme assistait en témoin curieux à nos séances d'hypnotisme, il me vint soudain à l'esprit d'essayer la suggestion hypnotique sur la nourrice.

La jeune femme l'accepta avec joie et reconnaissance, se mit dans le fauteuil avec confiance, ne demandant pas mieux que de guérir au plus tôt. Elle ne tarda pas, en effet, à être plongée dans l'état de somnambulisme. Je lui ai suggéré alors d'avoir de la confiance en l'efficacité du traitement, d'avoir de l'attachement et de l'amour pour mon enfant.

En ce qui concernait son propre enfant, je l'ai tranquillisée avec beaucoup de conviction en lui assurant qu'il était bien gardé chez sa grand'mère, où elle l'avait laissé avant de venir chez moi. Je finis la suggestion en lui recommandant d'être courageuse et de bonne humeur et d'avoir le désir ardent de retrouver son lait tari.

Le résultat a dépassé toutes mes prévisions et a été vraiment stupéfiant.

Une heure à peine après la séance terminée, le lait coula abondamment. Mieux que cela, la jeune femme a pu nourrir mon enfant avec succès pendant toute l'année, jusqu'en septembre 1892. Une chose bien à remarquer fut la touchante sollicitude et l'amour sans bornes, dont la jeune femme entoura mon enfant tout de suite après la séance. Elle courut vers le berceau du petit, le caressa, lui prodigua toute sorte de tendresses. Elle eut peine à attendre que l'enfant se réveillât pour lui donner le sein. Et, avant même que le petit être eût ouvert les yeux, le lait jaillit de son sein.

Je tiens à remarquer que le traitement n'a en rien influé ni sur la santé de la nourrice, ni sur celle du nourrisson.

J'ai le vif regret de n'avoir pas eu jusqu'aujourd'hui l'occasion de répéter cette expérience. Je n'en suis pas moins persuadé

Digitized by Google

que ceux de mes collègues qui rencontreront un cas semblable, verront ce traitement couronné d'un plein succès.

L'influence de la dépression psychique sur les nerfs vaso-moteurs et trophiques a été mise en lumière dans cette expérience d'une façon si évidente, que je suis enclin à la considérer comme étant le point de départ des états semblables à celui que je viens de décrire.

Et, de fait, comment expliquerions-nous ceci, que la nourrice, dont le lait commence à tarir, retrouve encore la capacité des premiers jours pendant la nuit et le matin à son réveil ?

Il faut comprendre la chose de la façon suivante :

Pendant qu'au début, le calme du sommeil a encore permis de supprimer l'influence fâcheuse de certaines auto-suggestions pénibles et tristes, cet accablement moral donnerait son libre cours à l'état de veille et en impressionnant d'une façon déprimante la moelle épinière, amènerait un état physiologique préjudiciable à l'activité glandulaire. Aussi bien que le trouble fonctionnel primitif donnerait lieu bientôt à une véritable atrophie de l'activité (Activitätsatrophie),si je peux m'exprimer de la sorte.

J. NATANSON.

Le merveilleux scientifique,

Par le Dr J.-P. DURAND (de Gros) (1).

Premier importateur (sous le pseudonyme de PHILIPS) des expériences de suggestion hypnotique sur le continent dès l'année 1852, l'auteur de ce livre est en même temps l'incontestable fondateur de l'hypnotisme en tant que science ; ce dernier point est établi par la date et le contenu de ses deux ouvrages, *l'Electrodynamisme vital* (1855) et le *Cours théorique et pratique de Braidisme ou hypnotisme nerveux* (1860). On sait que le Dr J.-P. Durand réunit à un degré remarquable les qualités du savant, du philosophe et de l'écrivain. En lui décernant le prix Lallemand, en 1892, pour ses travaux sur le système nerveux, l'Académie des sciences, par l'organe de son rapporteur, M. le professeur Brown-Séquard, le déclarait « un penseur et un écrivain de grand mérite ». Son nouveau livre, comme ses écrits antérieurs, unit l'attrait de la forme à la richesse et à la solidité du fonds. Au point de vue médical, psychologique et philosophique, il offre un intérêt hors ligne, et son apparition sera ce qu'on peut appeler un événement.

(1) *Revue intern.*, janvier 1894.

Digitized by Google

Suggestion dans le traitement des maladies aiguës
(Suggestion in the cure of diseases),

Par le Dr Axtell (1).

L'auteur rapporte plusieurs observations de sujets nerveux, dont les troubles fonctionnels ont bénéficié de la suggestion hypnotique. Il montre également que la suggestion non hypnotique, que la confiance inspirée aux malades, sont des éléments de traitement qui peuvent rendre de réels services.

Suggestion dans un cas de métro-péritonite et dans un cas d'hémoptysie,

Par J. Luys.

Je suis heureux de signaler ici un ordre de recherches en hypnologie, dont j'ai déjà dans ma Clinique hospitalière, signalé le premier les bons résultats, l'application des pratiques de l'hypnotisme dans le traitement des maladies aiguës. J'ai obtenu par ces procédés des effets thérapeutiques très surprenants, mais sur des sujets hystériques et entraînés déjà aux pratiques de l'hypnotisme.

J'ai pu ainsi conjurer chez une jeune femme, les accidents de métro-péritonite aiguë avec constipation opiniâtre, vomissements continus et douleurs abdominales très intenses et refroidissement des extrémités ; en suggestionnant convenablement le sujet, les vomissements ont cessé à une heure fixe, la constipation a disparu et la régularisation de la circulation s'est faite en quelques heures avec disparition de l'état cyanique.

Chez la même malade, atteinte quelques mois après d'hémoptysies répétées, j'ai pu suspendre ces hémoptysies, lui permettre de récupérer ses forces. Tous les huit jours, une suggestion donnée en période de somnambulisme suffisait à empêcher le retour des crachements de sang.

Je ne fais que signaler, en passant, des faits de cet ordre pour les signaler aux médecins curieux de ces recherches, bien persuadé que je suis, que, à un moment donné, il s'ouvrira en Clinique un chapitre spécial sur les applications de l'hypnotisme dans le traitement des maladies aiguës. — L'article qui fait la tête de cette communication prouve qu'en Angleterre il y a déjà un médecin d'initiative, le Dr Axtell, qui est entré résolument dans cette voie. — A quand le tour des médecins français !

(1) *The medical and surgical Reporter*, 7 octobre 1893, n° 1910, p. 515.)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE

L'EMMAGASINEMENT DE CERTAINES ACTIVITÉS CÉRÉBRALES

DANS UNE COURONNE AIMANTÉE

Par M. LUYS (1).

M. d'Arsonval a entretenu la Société de Biologie dans la dernière séance, d'après la communication d'un physicien anglais, de la persistance dans un barreau aimanté de l'action du fluide magnétique ayant, en quelque sorte, conservé le souvenir de son état antérieur. — Mes recherches dans cet ordre d'idées m'ont amené à constater depuis longtemps des phénomènes analogues à l'aide des couronnes aimantées placées sur la tête d'un sujet en état hypnotique. — Il s'agit dans ce cas, non plus de l'emmagasinement des vibrations de nature magnétique, mais bien des vibrations de nature vivante, des véritables vibrations cérébrales, propagées à travers la paroi crânienne et emmagasinées dans une couronne aimantée, dans laquelle elles persistent pendant un temps plus ou moins long.

Pour constater ce phénomène, je me sers non pas d'un instrument physique impuissant à répondre, mais bien

(1) Société de Biologie, séance du 10 février 1894.

Digitized by Google

d'un réactif vivant, d'un sujet hypnotisé et devenu, par le fait, ultra sensible aux vibrations magnétiques vivantes.

Je présente à la Société la couronne aimantée dont je lui ai déjà fait voir différents modèles. A l'aide d'un système de courroies elle s'adapte sur la tête, l'embrasse circulairement et laisse libre la région frontale.

Elle constitue ainsi un aimant courbe avec un pôle positif et un pôle négatif. — Cette couronne a éte placée, il y a plus d'un an, sur la tête d'une femme, atteinte de mélancolie avec des idées de persécution, agitation et d'une tendance de suicide, etc. L'application de cette couronne sur la tête de cette malade amena, au bout de cinq ou six séances, un amendement progressif dans son état et au bout de dix jours, j'ai cru devoir la renvoyer de l'hôpital sans danger. Au bout d'une quinzaine de jours, cette couronne ayant été isolée à part, j'eus l'idée purement empirique de la placer sur la tête du sujet ici présent.

C'est un sujet mâle hypnotisable, hystérique, atteint de crises fréquente de léthargie. Quelle ne fut pas ma surprise de voir ce sujet, mis en état de somnambulisme, proférer des plaintes, tout à fait les mêmes que celles proférées, quinze jours auparavant, par la malade guérie !

Il avait d'abord pris le sexe de la malade ; *il* parlait au féminin ; *il* accusait de violents maux de tête ; *il* disait qu'il allait devenir *folle*, que ses voisins s'introduisaient dans sa chambre pour lui faire du mal, etc... En un mot, le sujet hypnotique avait, grâce à la couronne aimantée, pris l'état cérébral de la malade mélancolique. La couronne aimantée avait donc suffisamment agi pour soutirer l'influx cérébral morbide de la malade (qui avait guéri) et pour se perpétuer, comme un souvenir persistant, dans la texture intime de la lame magnétique. C'est là un phénomène que nous avons reproduit maintes et maintes fois, depuis plusieurs années, non seulement chez le sujet présent ici, mais chez d'autres sujets.

Cette communication est dans l'ordre des phénomènes pysiologiques parallèles à celles de M. d'Arsonval sur la durée de certains états antérieurs dans les corps inorganiques ; Elle va susciter (je n'en doute pas) bien des étonnements

Digitized by Google

et des accès de scepticisme chez des personnes qui ne sont pàs habitués aux recherches d'hypnologie.

On va mettre en doute la sincérité du sujet, sa disposition à produire le merveilleux, sa tendance à l'entraînement et peut-être, aussi, l'acquiescement trop facile de l'opérateur.

A tous ces sous-entendus, je ne répondrai qu'une chose: — que ce phénomène de la transmission des états psychiques d'un sujet à l'aide d'une couronne aimantée qui garde les impressions perçues, rentre déjà dans l'ordre des phénomènes précédemment communiqués par M. d'Arsonval. — Et, d'une autre part, la première fois que je l'ai faite, cette expérience, elle a été faite à mon insu, d'une façon tout empirique. La couronne imprégnée a été posée sur la tête du sujet hypnotique environ quinze jours après qu'elle avait été placée sur la tête de la malade. Il y a eu fatalement une première opération, dont *j'ignorais absolument les résultats ;* mais, pas plus que le sujet hypnotisé, nous ne savions ce qui allait se passer, et le sujet impressionné à réagi *motu proprio* sans excitation autre que la couronne magnétique.

On peut donc dire, sans chercher à en déduire des conséquences ultérieures autres, que certains états vibratoires du cerveau, et probablement du système nerveux, sont susceptibles de s'emmagasiner dans une lame courbe aimantée, comme le fluide magnétique dans un barreau de fer doux, et d'y laisser des traces persistantes ; *bien plus*, comme dans les expériences de M. d'Arsonval pour détruire cette propriété magnétique persistante, il faut la *tuer* par le feu. Comme il dit, la couronne a besoin d'être portée au rouge pour cesser d'agir.



Digitized by Google

DE L'ÉPILEPSIE THALAMIQUE

Par William A. Hammond, M. D.

Chirurgien général de l'armée (en retraite) des Etats-Unis, Professeur des maladies mentales et du système nerveux à l'université de New-York.

(*Suite et fin*).

La physiologie expérimentale tend également à l'établir, et quoique la position (de l'optic thalami), des couches optiques soit telle que ce soit une chose difficile d'agir sur elles, comme dans le cas (du cortex, enveloppe corticale du cerveau), l'obstacle a été, dans une grande mesure vaincu par Zournié (1), et nous sommes ainsi mis en possession de données qui ont une connexion distincte avec le point à éclaircir.

La méthode de Zournié consistait à injecter, aux moyens d'une seringue hypodermique, des solutions caustiques, telles qu'une forte solution de chlorure de zinc, dans le cerveau d'un chien, observant les phénomènes qui en résultaient, et ensuite, après la mort observant soigneusement la partie de l'organe dans laquelle l'injection avait été déposée.

Sept de ces expériences avaient rapport (à l'optic thalami), aux couches optiques, et sans nous occuper des autres résultats, il peut être constaté que dans chacune il y avait une perte de sensation plus ou moins complète.

Ainsi, dans le cas XV, le côté gauche fut opéré. L'aiguille traversa la cornée ammonis, et l'injection fut lancée dans le centre de (l'optic thalamus) des couches optiques. Comme conséquence il y eut complète abolition de toute sensibilité.

Ainsi, telles étant apparemment les relations physiologiques (de l'optic thalami) des couches optiques, nous arrivons, ensuite, d'une façon plus complète aux conséquences, en tant que ce qui concerne les sensations de certains états anormaux de ces organes. Comme je l'ai dit, Ritti a recueilli, de sources différentes, plusieurs cas prouvant qu'une lésion ou maladie (de l'optic thalami) des couches optiques, con-

(1) Sur le fonctionnement du cerveau, Paris, 1873.

Digitized by Google

duit à un dérangement sensoriel ou à la perte entière d'un ou plusieurs des sens spéciaux. Il a aussi recueilli dans les ouvrages de Calmeil, Lagardelle et autres des exemples tendant à établir le fait que les hallucinations sont le résultat de la maladie d'une ou des deux (optic thalami) couches optiques. Plusieurs des cas lui furent fournis par M. Voisin et n'avaient pas été publiés auparavant. De ces derniers, je cite le suivant :

L. A., femme âgée de 41 ans, entra à la Salpêtrière, le 30 janvier 1867. Depuis 1865 elle avait été sujette à des hallucinations de la vue accompagnées parfois de quelque excitation et d'hallucination partielle. Dès son admission, elle eut des hallucinations de la vue, de l'ouïe, et d'autres ayant rapport aux organes génitaux.

Il y avait aussi des chimères de persécution.

En dernier lieu le sens de l'ouïe avait été altéré.

Elle mourut le 17 avril 1869 d'une fièvre typhoïde.

Autopsie. Ni épaississement, ni adhésions des membranes ; ni épanchement sous-arachnoïde (sub arachnoïde); les nerfs crâniens normaux, à l'exception de la huitième paire, qui était pourrie à la partie la plus postérieure et interne des deux lobes du cervelet, et dans la région la plus proche des corps olivaires il y avait un assemblage de petites granulations semblables à celles que l'on voit dans le plexus choroïde. Celles-ci se continuaient jusqu'à la voûte du quatrième ventricule où elles couvraient son enceinte cérébelbeuse. Rien de défectueux ne se trouva dans (l'optic thalamus), la couche optique gauche, mais le centre gris antérieur (du thalamus droit), de la couche droite, était plus que normalement vasculeuse, et dans la partie immédiatement subjacente, au centre olfactif de matière grise, il y avait une tache de couleur lie de vin, due à une extravasion de sang ayant une forme sphérique. Dans la région du milieu il y avait des lacunes. Chacune desquelles dépassait un millimètre et demi de diamètre.

Ce cas est instructif, non seulement par rapport au siège de la lésion, mais pour cette raison, aussi, qu'il n'y avait pas d'autre maladie intra-crânienne à laquelle les symptômes auraient pu être attribués.

Digitized by Google

Dans un cas qui passa sous ma propre observation, un malade avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe, tandis qu'en même temps il était à la fois aveugle et sourd. Cet exemple n'est pas cité, naturellement, dans le but de démontrer que les hallucinations ne sont pas le résultat de la maladie ou du désordre de l'organe sensoriel, dans la connexion anatomique avec l'aberration sensoriale, opinion tenue par Darwin aîné, Joville et autres, mais pour appeler l'attention sur ce fait important que le post-mortem examen fit connaître l'existence d'un caillot, de la taille d'une petite fève dans chaque (optic thalamus) couche optique, tandis qu'il n'y avait pas d'autre évidence de maladie intra-crânienne à laquelle les symptômes eussent pu être attribués, sauf l'atrophie des nerfs optiques et auditifs. A propos de ce cas, la cécité et la surdité s'étaient montrées depuis plusieurs années, mais il n'y avait pas d'hallucinations ou aucun trouble mental anormal jusqu'en octobre 1877 où les journées successives du 12 et du 13 furent marquées par des attaques paralytiques sans coma, et chaque fois, aussitôt après le réveil du matin.

La paralysie motrice fut légère, et disparut presque entièrement en quelques jours, mais l'anesthésie cutanée persista jusqu'au jour de sa mort, qui arriva le 10 décembre suivant. Je la vis le 15 octobre et ensuite le 18, en consultation avec le Dr Nealis.

L'examen du cerveau fut fait par moi le 11 décembre, jour qui suivit sa mort arrivée dans la nuit. Une seconde extravasion avait eu lieu dans le (pons varioli) pont de varole, et s'était fait jour, à travers le tissu, jusque dans l'espace sub-arachnoïde. Ceci était évidemment la cause immédiate de la mort. Les autres lésions étaient comme j'en ai rendu compte, et il était évident que la cécité et la surdité leur étaient dues.

Que (l'optic thalamus) la couche optique soit le centre de la perception, comme (le cortex) la substance grise du cerveau l'est de l'intellection est, sans aucun doute, excessivement probable. Chaque sens possède ces deux degrés dans toute leur action. Quelque chose est *perçu*, cela est un degré. Cela est plus ou moins parfaitement compris, et c'est l'autre degré. Mon pigeon, par exemple, dont le cerebrum a

Digitized by Google

été enlevé et à qui on a laissé seulement la ganglia basale ou basal-ganglia, perçoit, mais ne comprend pas. Qu'une lumière soit tenue devant ses yeux, et il tournera la tête pour la voir encore si on la change de place. Si on fait un grand bruit près de lui, l'animal tressaille ou tourne la tête dans la direction du son. Ces phénomènes démontrent la perception, mais ils démontrent aussi clairement l'absence d'intellection, car l'animal ne fait point ce qu'il ferait s'il comprenait ; il ne *conçoit* pas l'idée de l'impression sensoriale, et il est également incapable de donner naissance à une idée, car il est privé de connaissance. En conséquence, il ne témoigne aucune alarme, quelle que puisse être l'intensité de l'excitation visuelle ou auditive. Il perçoit, comme cela est très évident d'après ses actions, mais sa manière d'agir est telle, qu'elle démontre que l'élaboration de l'impression ne va pas au delà. Elle s'arrête au ganglion sensorium, parce que le ganglion intellectuel a été enlevé.

Le point de départ intrinsèque de toute impression sensoriale réelle, est un organe des sens, tel que l'œil, l'oreille, ou les ramifications terminales des nerfs olfactifs. Le point de départ d'une impression sensoriale fausse ou erronée, illusion ou hallucination peut être, soit l'organe des sens, ci-dessus mentionné, ou le ganglion sensorium (l'optic thalamus) la couche optique. (Le cortex), la substance grise du cerveau, ou centre intellectuel de tout sens, ne peut former une impression sensoriale réelle ou fausse. Elle peut seulement élaborer les impressions qui l'atteignent par le ganglion sensorium, et celles-ci sont vraies ou fausses, réelles ou irréelles, selon qu'elles proviennent originairement du ganglion, ou sont transmises au travers de lui par un organe des sens recevant de réelles impressions du dehors ; et selon que le cortex se trouve dans un état normal ou anormal, les idées ou croyances qu'il forme d'après ces impressions transmises seront normales ou anormales. Il est vrai que le cortex peut faire revenir d'anciennes impressions et s'en former des idées ; mais ici l'idée est basée sur le souvenir, et non sur une impression sensoriale. Par exemple tant que l'œil et l'optic thalamus n'aient reçu, ou perçu l'image d'un indien américain le cortex n'aurait pu former une idée de l'aspect d'un tel être. En conséquence, tout ce que le cor-

Digitized by Google

tex fait, consiste à prendre connaissance d'impressions sensoriales présentes ou anciennes, qu'il reçoit ou a reçues de l'optic thalamus, et de s'en former des idées. Il fait cela normalement quand nous mettons la mémoire en action d'une manière raisonnable et logique ; il le fait anormalement, par exemple, dans le délire sans hallucination, mais dans lequel il y a un constant retour, dans une manière désordonnée, d'idées auparavant conçues d'après d'anciennes impressions sensoriales.

S'il n'y a pas d'organe des sens, il ne peut y avoir aucune impression sensoriale normale ; si le nerf optique est désuni, la sensation ne peut être transmise à l'optic thalamus ; si l'optic thalamus est malade, l'impression sensoriale sera pervertie et il y aura illusion ; si le cortex se trouve dans une condition normale, cette illusion sera corrigée et comprise comme étant une perception erronée ; si cependant le cortex est malade, l'illusion sera acceptée comme vraie, et une idée fausse, une illusion sera établie. Si l'organe des sens ne reçoit pas d'impression, mais que telle impression soit formée dans l'optic thalamus, alors nous avons une hallucination ; si le cortex revient à la santé, cette hallucination est appréciée à sa valeur réelle et il y a une idée vraie par rapport à elle ; si, d'un autre côté, le cortex se trouve dans un état anormal, l'hallucination est acceptée comme réalité et une illusion en est le résultat.

Dans les cas qui forment la base de cet article, il y avait hallucinations sans dérangement intellectuel. C'est pourquoi ils différaient de ces cas d'épilepsie dans lesquels il y a des hallucinations, et dans lesquels ces hallucinations sont reçues comme des réalités, et où, peut-être, des actes de violence sont commis comme suite logique des illusions formées : Celles-ci, sans doute, ont leur point de départ dans l'optic thalamus, comme cela est démontré par l'existence d'hallucinations, mais l'opération morbide, bientôt passe au cortex, et les phénomènes qui en résultent sont la perte de connaissance, et un intense désordre intellectuel et moteur.

Je me sens autorisé, par conséquent, à conclure qu'il n'y avait dans aucun de mes cas de lésion d'aucun des centres intellectuels sensorials situés dans le cortex, mais que la maladie était entièrement confinée, ou, pour ainsi dire, à

l'optic thalami. Je dis pour ainsi dire, parce que la perte de connaissance qui suivait immédiatement démontrait qu'il y avait ce désordre cortical nécessaire, sans lequel, il ne peut y avoir à mon avis de véritable épilepsie. Des hallucinations ne constituent pas plus l'épilepsie, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de la perte de connaissance, qu'une secousse de la main, ou une infection dans les narines ne sont épilepsie, quand elles ne sont pas accompagnées similairement. L'une et l'autre peuvent le devenir par une plus grande extension de l'action morbide intra-crânienne, mais chacune peut exister indéfiniment sans qu'une telle extension se produise.

Un argument additionnel encore contre l'enveloppement du cortex, est établi par le fait qu'il n'y avait pas de spasmes musculaires dans aucun des cas. Des spasmes musculaires ne sont pas naturellement de l'épilepsie, mais des spasmes musculaires accompagnés d'inconscience constituent un véritable paroxysme épileptique. Dans ces cas le trouble moteur était remplacé, représenté par le désordre sensorial, et en conséquence il y avait épilepsie sensoriale ou, comme je préfère la nommer, d'après le siège probable de la lésion, épilepsie thalamique.

Je n'ai pas, dans cet article, discuté la question de la position dans le cortex des différents centres sensoriaux intellectuels. D'abord cela n'a pas grand rapport avec notre sujet, et ensuite il est encore très douteux qu'un seul puisse être définitivement fixé, localisé d'après l'état actuel de notre science.

Et il est à peine nécessaire pour moi d'ajouter, que les opinions exprimées ici par rapport au siège des lésions dans les cas d'épilepsie sensoriale sont entièrement opposées à celles d'Hughlings Jackson et Terrier, qui considèrent de tels cas comme ayant une origine corticale. Ces éminentes autorités écartent tout à fait les recherches des physiologistes et pathologistes français et ne font point la distinction entre la sensation de perception et la sensation intellectuelle que j'ai soutenue dans ce mémoire, et dont l'existence, je pense, est prouvée logiquement et psychologiquement. Ainsi, Terrier, en citant un cas de Bell, dit :

Je mentionne ce cas principalement parce qu'il s'accorde

avec les observations de Hughlings Jackson, auxquelles il est déjà référé, par rapport à la fréquente association d'illusions optiques, de vision colorée, etc., avec la maladie des lobes postérieurs. Ces visions (spectra) sont la contre-partie des décharges motrices causées par des lésions irritantes des centres moteurs. Qu'elles se présentent plus particulièrement avec des lésions situées vers la vue, l'exposition postérieure des deux hémisphères est tout à fait d'accord avec la localisation du centre visuel dans le gyrus angulaire. Ces décharges du sensorium en connexion avec l'épilepsie des sensations d'origine corticale, soit dans le domaine de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût ou du toucher doivent sans aucun doute être considérées comme des indications de lésion irritante des centres du sensorium, quoique nous n'ayons point encore des éléments suffisants pour nous permettre, à un point de vue purement clinique, d'associer aucune forme particulière de l'explosion de la décharge du sensorium avec une lésion spécialement localisée, à moins que nous la regardions comme fixée, par rapport aux illusions optiques (1).

Maintenant le D[r] Terrier a lui-même cité un cas qui est entièrement en opposition avec ses vues de corticale localisation dans l'épilepsie sensoriale, et fortement en faveur de celles établies dans cet article (2).

Cela vient tellement à propos, que j'espère que vous m'excuserez de vous donner un résumé suffisamment complet des détails.

Le malade, un soldat, fut admis pour démence épileptique. Il énonce qu'il voit des chiens et des chats autour de lui, essayant continuellement d'arracher ses draps de lit ou de lui sauter à la gorge ; tous les cinq ou dix minutes, il a des attaques épileptiformes pendant lesquelles il devient très violent, ce qui force à le réprimer.

Il essaye de saisir le tisonnier ou toute autre chose, afin de pouvoir frapper ceux qui le soignent. Il essaye de sauter par la fenêtre de la pièce. Il a déjà été auparavant dans l'asile.

Autant que l'on peut en être sûr, il n'agit pas sous l'in-

(1) « Illustrations pathologiques des fonctions du cerveau ». Dans les Reports médicaux de l'asile d'aliénés de West Riding, vol IV, page 31.
(2) La localisation de la maladie cérébrale, page 131.

Digitized by Google

fluence d'une illusion, mais est décidément fou. Pour certains événements, tels que sa première résidence ici, sa mémoire paraît assez bonne, mais il n'a plus la moindre connaissance d'événements plus récents.

Mais le trait le plus particulièrement saillant de ce cas est l'attaque épileptique partielle qui revient toutes les cinq ou dix minutes sans aucune perte de connaissance. Le malade est soudain saisi d'une convulsion dans le bras gauche, la tête se tourne à gauche aussi bien que les yeux, et de temps en temps les mouvements musculaires gagnent les jambes et le bras droit, mais à un très léger degré. A la vérité, après chaque crise la respiration du malade est pénible, mais il n'y a pas le moindre degré de perte de connaissance quoiqu'il paraisse disposé à tomber dans le sommeil. Le malade est incapable de se tenir debout, la force musculaire étant entièrement perdue dans la jambe gauche et positivement diminuée dans le bras gauche.

Le malade alla de mal en pis ; eut de longues périodes d'assoupissement et de stupeur ; pendant une nuit eut quatre-vingt-dix crises, parla de visions de chiens étant dans sa chambre tout le jour, et mourut le 17 janvier.

Ainsi, nous avons ici un cas de convulsions épileptiformes accompagnées de paralysie et d'hallucinations. C'en est un dans lequel, selon les opinions des docteurs Jakson et Terrier, il devait y avoir des lésions corticales ; c'en est un dans lequel, selon les vues exprimées dans cet article, il devait y avoir des lésions de l'une ou des deux (optic thalami), couches optiques. Prenant en considération ce fait, que les hallucinations dans ce cas, étaient unies aux spasmes du moteur gauche et à la paralysie, je n'aurais pas hésité à diagnostiquer l'existence d'une lésion de l'optic thalamus, couche optique droite. Maintenant, pour établir les faits, voyons ce qui fut révélé par l'examen post-mortem, lequel, comme nous le dit le Dr Terrier, fut fait avec le plus grand soin et perfection.

« Tête. — Le crâne est d'une épaisseur et d'une densité moyenne et est convenablement symétrique. La dure-mère est quelque peu adhérente et les sinus contiennent seulement du sang fluide. Il y a peu ou point d'épaississement de l'arachnoïde, mais il y a beaucoup de superficielle dété-

rioration des convolutions, des lobes frontaux et pariétaux. Les vaisseaux à la base sont parfaitement normaux.

Il n'y a pas de visible hypérémie et la pie-mère se dépouille avec grande facilité. La matière grise est quelque peu pâle, elle, aussi bien que la matière blanche sont de belle consistance. Il n'y a point trace d'amollissement, de caillot, d'induration, quoique la plus soigneuse recherche ait été faite. Les ventricules sont de moyenne taille et contiennent seulement une petite quantité de fluide. (L'optic thalamus du côté droit est plus petit que son compagnon de gauche et son extrémité postérieure est atténuée (1).) Le cerveau entier pèse 47 onces.

L'hémisphère droite 20 3/4 onces ; cérébellum 5 onces 3/4, pons variolic 4 drachmes, 24 grains, médulla oblongata, (moelle oblongue), 2 drachmes.

La substance médullaire du cerveau est peut-être un peu plus solide qu'elle ne devrait être. Aucun changement pathologique n'a pu être découvert dans le cérébellum, (cervelet), pons, ou moelle ».

Certainement aucun cas plus frappant, à l'appui des doctrines soutenues dans cet article n'aurait pu être fourni, même si on l'eût commandé tout exprès.

Il est vrai que Terrier considère l'optic thalami, couches optiques, et d'après ses propres expériences, et d'après celles d'autres, comme étant intimement associées à toutes les fonctions sensoriales. Mais elles sont ainsi dans son opinion, simplement parce qu'elles sont « ganglion d'interruption », ou centres de convergence pour les voies sensoriales sur leur chemin vers le cortex, et point les centres des nerfs ou générateurs de la force nerveuse.

Si cette opinion était correcte, il est difficile de voir quel usage spécial elles pourraient avoir, car les régions sensoriales arriveraient certainement à la périphérie tout à fait aussi bien sans, que par elles, et qui plus est, la nature serait responsable de l'odieux d'avoir permis la construction de deux masses de tissu ganglionnaire entièrement superflues.

Je n'ai encore rien dit des expériences de Nothnagel relatives aux fonctions de l'optic thalamus, la couche optique.

(1) La phrase entre parenthèse (en italique) est de moi (l'auteur américain).

Digitized by Google

Les résultats obtenus par ce brillant physiologiste expérimental sont d'un caractère si exceptionnel qu'ils sont tout à fait en contradiction avec ceux de tous les autres observateurs, car ils n'indiquent pas de fonction spéciale comme appartenant à l'organe en question.

Ce fait est peut-être expliqué par une considération de la méthode employée.

Dans son récent ouvrage, Nothnagel considère la question d'une façon considérablement étendue. Parmi ses conclusions les suivantes expriment suffisamment ses vues en tant que le permet la place de la présente information :

1° Par rapport à la majorité des symptômes qui ont été attribués aux lésions de l'optic thalamus, il est très douteux que soit directement ou seulement indirectement à travers l'enveloppement des parties avoisinantes elles aient une telle origine et d'autres symptômes, à proprement parler, associés aux lésions thalamiques sont d'importation douteuse ; puisqu'elles proviennent aussi de blessures ou de maladies d'autres organes.

2° De quoi il s'ensuit qu'un certain diagnostic des lésions limitées au thalamus est à présent généralement impossible, car c'est seulement d'après une combinaison spécialement favorable de circonstances qu'il est possible de faire un tel diagnostic avec quelque degré de sûreté.

Et si je discutais spécialement les fonctions de l'optic thalami (des couches optiques), dans toutes leurs relations, je ne négligerais pas les œuvres de valeur du D[r] Chrichton-Brown, qui ont contribué à notre savoir sur ce sujet.

Comme conclusion, je pense que l'on peut raisonnablement tirer les déductions suivantes, au moins pour le présent :

1° Qu'il existe une forme d'épilepsie dont les phénomènes sont simplement des hallucinations et la perte de connaissance ;

2° Que la base morbide anatomique de ce type est situé dans l'optic thalamus.



Digitized by Google

DOCUMENTS PSYCHOLOGIQUES

—

EXPLICATION DE LA MALADIE DE J.-J. ROUSSEAU, ET DE L'INFLUENCE QU'ELLE A EUE SUR SON CARACTÈRE ET SES ÉCRITS,

Par le Dr Aug. MERCIER,

(Lauréat de l'Institut, 1850.)

(*Suite et fin.*)

VII

Telle a donc été la maladie de Rousseau, maladie perpétuelle, douloureuse, mais par-dessus tout gênante et désagréable. L'influence qu'elle a exercée sur son cœur et son intelligence, Rousseau ne l'a jamais dévoilée tout entière ou peut-être ne s'en est-il pas bien rendu compte. On s'assure en lisant ce qu'ont pensé de lui, de son caractère, de ses habitudes, ses amis et ses familiers. « On dit qu'il est d'une mauvaise santé, écrivait madame d'Épinay le lendemain de la première visite qu'il lui fit, et qu'il a des souffrances qu'il cache avec soin par je ne sais quel principe de vanité ; c'est apparemment ce qui lui donne de temps en temps l'air farouche(1).» Lui-même ne déguise pas en termes généraux combien son imagination était fortement impressionnée par le sentiment continu de ses maux. « Un corps qui souffre ôte à l'esprit sa liberté, disait-il à un homme qui lui-même plus tard eut à subir de bien cruelles épreuves ; désormais je ne suis plus seul, j'ai un hôte qui m'importune (2) !... » Une autre fois il écrivait à madame d'Épinay : « Tout le monde, à commencer par moi-même, m'est insupportable. Je porte dans le corps toutes les douleurs qu'on peut sentir et dans l'âme toutes les angoisses de la mort. (3). »

Rien de plus naturel qu'un pareil état l'ait éloigné du monde et surtout de la société des femmes et son goût pour la solitude n'a pas besoin de l'explication de Lallemand ; il l'a donnée lui-même : « En me refusant à une société trop nom-

(1) *Mémoires*, p. 125.
(2) Troisième lettre à M. de Malesherbes, 26 janvier 1762.
(3) *Mémoires de Madame d'Epinay*, p. 318.

Digitized by Google

breuse, je délivre les autres du spectacle d'un homme qui souffre et je me délivre moi-même de la gêne (1)... » Et ailleurs : « Mon infirmité étoit la principale cause qui me tenoit écarté des cercles et qui m'empêchoit d'aller m'enfermer avec des femmes (2). » Mais, chose singulière, si on lit le second de ses *Dialogues*, écrit vers la fin de sa vie et consacré presque tout entier à la justication de ses goûts pour la solitude et de sa misanthropie, à peine y trouve-t-on deux mots relatifs aux « causes naturelles tirées de sa constitution ».

En général, dans l'appréciation qu'il fait lui-même de sa manière d'agir, il est une distinction fort importante à faire et dont nous venons déjà de voir un exemple. Quand il expose l'un de ses actes et les motifs qui l'y ont déterminé, il manque rarement de faire part de sa maladie ; mais éprouve-t-il plus tard, pour une raison ou pour une autre, le besoin de se justifier : il accumule alors les raisonnements les plus singuliers, les sophismes les plus incroyables, et la véritable cause se trouve presque toujours réduite à rien, sinon complètement oubliée ; de sorte que ce qui n'était souvent que la conséquence naturelle de sa position semble aux yeux des lecteurs le résultat d'un système paradoxal. Il semble qu'il consente volontiers à faire connaître l'influence de sa maladie sur les détails de sa conduite et qu'il lui répugne d'avouer celle qu'elle a eue sur l'ensemble. Peut-être lui-même s'y est trompé tout le premier et a-t-il continué par système ce qu'il n'avait d'abord fait que par nécessité.

Ainsi, pourquoi cette existence aventureuse et sans suite ? Pourquoi cette vie de pauvreté à laquelle il semble qu'il lui eût été si facile de se soustraire et qu'on a par cela même attribuée à des motifs d'ostentation ? Il se livre, pour l'expliquer, à une foule de considérations sur son goût pour l'indépendance, sur sa paresse, sur ce qu'il n'avait pas l'esprit assez présent pour briller dans le monde, etc., etc. ; finalement il ajoute : « J'ai cependant fait dans ma jeunesse quelques efforts pour parvenir ; mais ces efforts n'ont jamais eu pour but que la retraite et le repos de ma vieillesse ; et, comme ils n'ont été que par secousses, comme ceux d'un paresseux, ils n'ont jamais eu le moindre succès. Quand les maux sont

(1) Lettre du 12 mai 1754. — Voir aussi la quatrième lettre à Malesherbes.

(2) *Conf.*, livre VIII. — Voir aussi les lettres des 1er août 1764 et 25 novembre 1765.

Digitized by Google

venus, ils m'ont fourni un beau prétexte pour me livrer à ma passion dominante. Trouvant que c'étoit folie de me tourmenter pour un âge auquel je ne parviendrois pas, j'ai tout planté là (1). » Ainsi la santé ne vient qu'en dernier lieu, mais sans doute comme le post-scriptum, qui bien souvent est la partie la plus importante de la lettre.

Pourquoi a-t-il quitté la caisse de Francueil, qui lui assurait, ce semble, un si tranquille bien-être ? Il commence par nous parler de son peu de goût et de talent pour cet emploi, des soucis et de l'assujettissement qu'il lui causait ; puis il disserte sur la bonne grâce qu'il aurait, lui caissier d'un receveur général des finances, à prêcher le désintéressement et la pauvreté ; et c'est comme en passant qu'il ajoute que, s'étant *peut-être* un peu fatigué au travail de cette maudite caisse, il retomba plus bas qu'auparavant et demeura cinq ou six semaines au lit dans le plus triste état (2).

Quand, après une représentation du *Devin du Village*, le roi demanda à le voir dans le but de lui offrir une pension, pourquoi ne voulut-il pas se présenter ? Il dit bien : « Ma première idée se porta sur un fréquent besoin de sortir qui m'avoit fait beaucoup souffrir le soir même au spectacle et qui pouvoit me tourmenter le lendemain ; » mais il revient aussitôt sur sa timidité, sur son esprit paresseux à trouver une réponse convenable, sur le joug que lui aurait imposé cette pension, etc.

Et cet habit arménien, qu'il ne portait, au dire de ses adversaires, que pour se singulariser (3), ne fut-il pas une conséquence de sa maladie ? On sait quelles étaient la forme et l'étroitesse des vêtements d'alors ; or « le fréquent usage des sondes me condamnant, dit-il, à rester souvent dans ma chambre, me fit mieux sentir tous les avantages de l'habit long. La commodité d'un tailleur arménien qui venoit souvent voir un parent qu'il avoit à Montmorency me tenta d'en profiter pour prendre ce nouvel équipage (4). C'est en

(1) Première lettre à M. de Malesherbes.

(2) *Conf.*, livre VIII.

(3) Grimm, *Gaz.*, *litt.* pour 1766. — Marmontel, *Mém.*, livre VII. Il dit que Rousseau voulait se poser en chef de secte, et, « pour attirer la foule, se donner un air de philosophe antique. » — Le prince de Ligne prétend, au contraire, qu'il a paru en France avec ce costume pour n'être pas reconnu (*Œuvres choisies*, par de Propiac, p. 247). Le bon Georges Keith (milord Maréchal) semble avoir cru qu'il s'était fait mahométan. (V. Musset-Pathay, *Hist.*, etc., 2e éd. p. 197.)

(4) *Conf.*, livre XII.

Digitized by Google

1762, au plus fort de ses maux, qu'il prit cet habit, et il parait qu'il le quitta vers 1770, époque où il rentra à Paris et où ses souffrances s'étaient beaucoup adoucies. Rien de plus naturel ; et cependant Grimm, son ancien ami, disait alors dans sa *Correspondance littéraire* qu'il avait déposé sa peau d'ours avec l'habit d'Arménien pour redevenir galant et doucereux ; et plus tard encore, en 1778, il ajoutait, par surcroît de cynisme, que Rousseau avait quitté l'habit arménien parce que, « ayant surpris sa femme avec un moine, il comprit enfin qu'il était dans la classe commune ». Voilà comment ses ennemis interprétaient toutes ses actions ! Ce qu'il y a de vrai dans tout ceci, c'est qu'il dînait souvent en ville, qu'il a même assisté quelquefois aux soupers de Sophie Arnould, et que, parmi les inconvénients qu'il trouve à ce régime et qui le lui ont fait abandonner, il ne dit pas un mot de sa maladie (1). Evidemment il était mieux.

Quant à Rousseau, la question de son costume arménien est presque la seule sur laquelle il n'ait pas donné d'autre explication que la véritable, et je me demande vainement où Musset-Pathay a pu trouver qu'il ne l'avait adopté que pour mieux se séquestrer de la société et n'avoir plus à lutter contre le désir d'y rentrer (2), comme s'il fallait toujours des explications singulières pour les moindres actes de cet homme extraordinaire.

Sa santé est encore le seul motif qu'il donne de son refus de rentrer dans la diplomatie, comme M. de Choiseul le lui avait fait proposer (3).

Mais un point beaucoup plus grave, sur lequel Rousseau n'a pas failli à ses habitudes, c'est sa justification de s'être affranchi des soins de la paternité. Il y a lieu véritablement d'être stupéfait des raisons qu'il expose (4). Mais, dans une lettre à madame de Francueil, il dit : « Ma misère et mes maux m'ôtoient le plaisir de remplir un devoir si cher... Accablé d'une maladie douloureuse et mortelle, je ne pouvois espérer une longue vie (5). » Sans famille, loin de son pays, libre de toute contrainte comme il était, sa misère et ses maux étaient assurément les seuls motifs qu'il pût et dût avouer. Je crois pouvoir en conclure qu'ils étaient les véritables ; mais alors pourquoi tant de sophismes ?

(1) Musset-Pathay, t. I, p. 179.
(2) *Ibid.*, p. 55.
(3) *Conf.*, livre XI.
(4) *Conf.*, livres VII, VIII et XI. — *Rêverie*, neuvième promenade.
(5) Lettre du 20 avril 1751.

Digitized by Google

On sait que, vers la fin de sa vie surtout, il ne voyait autour de lui et partout que des envieux et des ennemis. Certes il n'en manquait pas : les preuves abondent, et il n'est pas nécessaire d'avoir son génie pour en être assiégé ; mais on ne peut disconvenir que cette idée était passée dans son esprit à l'état de manie ; or lui-même le sentait. Vers l'époque où il se brisa une sonde dans l'urètre, l'impression de son *Emile* ne marchait pas ; qu'imagine-t-il alors ? que ce sont ses libraires qui le trahissent et qu'ils ont livré son manuscrit aux jésuites. Mais bientôt il reconnait son erreur et il écrit à Moultou, son ami : « Il y a six semaines que je ne fais que des iniquités et n'imagine que des calomnies contre deux honnêtes libraires dont l'un n'a de tort que des retards involontaires, et l'autre un zèle plein de générosité et de désintéressement que j'ai payé, pour toute reconnoissance, d'une accusation de fourberie. Je ne sais quel aveuglement, quelle sombre humeur, ***inspirée dans la solitude par un mal affreux***, me fait inventer, pour noircir ma vie et l'honneur d'autrui, ce tissu d'horreurs dont le soupçon, changé dans mon esprit prévenu presque en certitude, n'a pas été mieux déguisé à d'autres qu'à vous. Je sens pourtant que la source de cette folie ne fut jamais dans mon cœur. Le délire de la douleur m'a fait perdre la raison avant la vie (1). » Mais, dira-t-on, quel rapport pouvait-il trouver entre sa maladie et les jésuites ? Un homme en santé ne le devinerait assurément pas ; mais le pauvre malade va nous le dire : « Je me figurois que, furieux du ton méprisant sur lequel j'avois parlé des collèges, ils s'étoient emparés de mon ouvrage, et que, instruits par Guérin (l'un des libraires) de mon état présent, et ***prévoyant ma mort prochaine***, ***dont je ne doutois plus***, ils vouloient retarder l'impression jusqu'alors, dans le dessein de tronquer, d'altérer mon ouvrage (2). »

C'est encore ainsi qu'il explique lui-même cette extrême susceptibilité qui semble faire le fond de son caractère : « En ma qualité de solitaire, écrivait-il à madame d'Épinay, je suis plus sensible qu'un autre. Si j'ai quelque tort envers un ami qui vive dans le monde, il y songe un moment et mille distractions le lui font oublier le reste de la journée ; mais rien ne me distrait sur les siens. *Privé de sommeil,* je m'en occupe durant la nuit entière ; seul, à la promenade, je m'en occupe depuis que le soleil se lève jusqu'à ce qu'il se couche. Mon

(1) Lettre du 23 décembre 1761.
(2) *Conf.*, livre XI.

Digitized by Google

cœur n'a pas un instant de relâche, et les duretés d'un ami me donnent dans un jour des années de douleurs. En qualité de malade j'ai droit aux ménagements que l'humanité doit à la faiblesse et à l'humeur d'un homme qui souffre (1). »

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si les opinions qu'il a soutenues dans son fameux *Discours sur les Sciences et les Arts* étaient réelles ou si elles lui avaient été suggérées par Diderot. Voici ce qu'il a écrit à ce sujet : « Après avoir passé quarante ans de ma vie mécontent de moi-même et des autres, je cherchois inutilement à rompre les liens qui m'attachoient à cette société... Tout à coup un heureux hasard vint m'éclairer sur ce que j'avois à faire pour moi-même et à penser de mes semblables... Je tombe sur la question de l'Académie de Dijon. Si jamais quelque chose a ressemblé à une inspiration subite, c'est le mouvement qui se fit en moi à cette lecture... Dans le même temps, une maladie, dont j'avais dès l'enfance, senti les premières atteintes, s'étant déclarée absolument incurable, je jugeai que, si je voulois être conséquent et secouer une fois de dessus mes épaules le pesant joug de l'opinion, je n'avois pas un moment à perdre (2). » Ainsi donc il prend le parti de rompre en visière avec la société parce qu'il en est mécontent ; mais pourquoi en est-il mécontent ? Sans doute parce qu'il s'y trouve gêné. Or quelle est la source de cette gêne, sinon sa maladie ? Car, « loin d'être misanthrope, il était naturellement gai, prévenant, plein de confiance et très communicatif (3) ». Voilà, j'en suis convaincu, la gradation qui l'a conduit aux idées qui font la base de son Discours : mais, en lisant le passage d'où j'ai tiré ces extraits, on reste incertain si lui-même s'en est bien rendu compte.

Une fois lancé dans une voie, il n'a pas l'habitude de s'arrêter à mi-chemin, surtout si les contradicteurs arrivent à la traverse. On est étonné, abasourdi, quand on entend, sans commentaire, cette triste sentence qu'il a prononcée : « L'homme qui médite est un animal dépravé. » Mais cette idée n'était elle-même qu'une suite, une défense de son premier Discours. « Le goût des lettres, de la philosophie et des beaux-arts, dit-il dans la préface de *Narcisse*, amollit les corps et les âmes.

(1) *Mémoires de Madame d'Epinay*, p. 277.
(2) Deuxième lettre à Malesherbes.
(3) CORANCEZ, *loc., cit.*, p. 21 ; — DUSAULX, p. 19 ; — D'ESCHERNY : *Œuvr. philos. hist*, etc. ; — Mme DE GENLIS, *Souvenirs de Félicie*, tome I. — Voyez aussi la lettre de Rousseau, du 10 oct. 1769, époque où sa maladie le tourmentait moins.

Digitized by Google

Le travail de cabinet rend les hommes délicats, affaiblit leur tempérament, et l'âme garde difficilement sa vigueur quand le corps a perdu la sienne. L'étude use la machine, épuise les esprits, détruit la force, énerve le courage, et cela seul montre qu'elle n'est pas faite pour nous. C'est ainsi qu'on devient lâche et pusillanime, incapable de résister également à la peine et aux passions... La science n'est point faite pour l'homme en général... Il est fait pour agir, penser, et non pour réfléchir. La réflexion ne sert qu'à le rendre malheureux... L'étude corrompt ses mœurs, altère sa santé, détruit son tempérament et gâte souvent sa raison... »

Remarquons d'ailleurs que ce n'est pas là que se trouve la célèbre formule, et qu'elle se rattache encore à sa maladie par un autre lien.

Nous avons vu que l'état sédentaire lui était extrêmement pernicieux, que, quand il passait un seul jour sans prendre de l'exercice, il « payoit cruellement cette négligence durant la nuit ». Ne devait-il pas, avec une âme ardente comme la sienne, exprimer en termes vifs, et même exagérés, cet âpre résultat de son expérience ? C'est précisément ce qu'il a fait, et quand, dans la première partie de son *Discours sur l'Inégalité*, il a lancé la phrase qu'on lui a tant reprochée, il n'avait en vue qu'une dépravation purement physique. « La plupart de nos maux, y disait-il, sont notre propre ouvrage, et nous les aurions presque tous évités en conservant la manière de vivre simple, uniforme et solitaire, qui nous étoit prescrite par la nature. Si elle nous a destinés à être *sains*, j'ose presque assurer que l'état de réflexion est un état contre nature et que *l'homme qui médite est un animal dépravé*. Quand on songe à la bonne constitution des sauvages... » Ainsi, rien de moins ambigu, rien de plus clair. Bien mieux, lorsque plus tard il surgit une contradiction basée sur l'exagération de ses expressions, et même, à ce qu'il paraît, sur une faute d'impression (*saints* pour *sains*), notre philosophe se défend très haut d'avoir confondu la sainteté avec la santé (1).

Nous avons là une nouvelle preuve que, pour juger Rousseau et bien apprécier l'influence de sa maladie sur ses idées, ce n'est pas dans leur entier développement, mais à leur origine, qu'il faut les étudier.

(1) *Lettre à M. Philopolis* (Ch. Bonnet).

Digitized by Google

VIII

Je viens de passer en revue les traits principaux à l'aide desquels on fait habituellement le portrait moral de Rousseau, et j'ai tâché de faire sentir comment, faute de se placer au point de vue convenable, on l'a si souvent défiguré. Assurément il m'eût été facile d'en rassembler un plus grand nombre, et lui qui déclare, à la première page de ses *Confessions*, les avoir entreprises pour « montrer à ses semblables un homme dans toute la vérité de la nature », il nous en aurait assurément fourni bien d'autres encore s'il eût compris lui-même à quel point le mal qui lui ruinait le corps altérait l'état naturel de son âme. Car cette influence insensible de tous les jours et de tous les instants, cette modification lente, intime, profonde que subit toute nature tourmentée, devait échapper surtout à celui-là même qui en était l'objet, et il faut la demander à l'expérience universelle du cœur humain.

Or, à ce point de vue, tous les individus intelligents, frappés d'une de ces maladies chroniques qu'à tort ou à raison on n'avoue pas dans le monde (comme sont les affections des organes urinaires), se ressemblent. A moins d'une insouciance native assez rare ou d'une vertu qui ne l'est pas moins, ils prennent en haine la société qu'ils sont obligés de fuir. Ils sont timides parce qu'ils se sentent rabaissés par leur infirmité. On médit volontiers de ce qu'on n'aime pas ou de ce qu'on craint, et ils médisent de la société. Une société aussi mal organisée, aussi détestable, ne peut dire et faire rien de bon ; ils la contredisent donc sur toutes choses parce que toujours ils s'y trouvent mal à l'aise. De là, les hardiesses d'esprit les plus singulières, les paradoxes les plus inattendus. Ils croient ne devoir aucune concession aux usages et aux convenances d'un monde dont ils ne partagent pas les plaisirs. Enfin la solitude, la nécessité et l'habitude de soins journaliers engendrent l'égoïsme, et un égoïsme d'autant plus enraciné qu'il est alimenté sans cesse par la cause même qui l'a fait naître.

Cependant il est juste d'adoucir ce tableau et de rappeler que ces malheureux malades rachètent souvent leurs défauts par d'éminentes qualités d'esprit et de cœur. Ils ont l'imagination vive, l'observation sagace, la réflexion profonde. Bien plus, et de quelque manière que cette qualité s'accorde avec une misanthropie universelle, ils sont aimants. Toute l'affec-

Digitized by Google

tion qu'ils refusent au genre humain, ils semblent la concentrer sur quelques êtres privilégiés qui veulent bien s'arranger de leur caractère fantasque ; alors ils sont réellement bons. Tous les grands moralistes ont saisi ce dernier trait du *Misanthrope.*

Eh bien ! qu'on y réfléchisse : nous venons de faire le portrait de Rousseau, de Rousseau mécontent de l'humanité, mécontent du corps social, mécontent de tout ce qui l'entoure ; courageux, agressif même lorsqu'il est surexcité par la contrariété ou la persécution (1) ; mais, dans toute autre circonstance, timide à l'excès (2) ; timide jusqu'à perdre contenance devant un enfant (3), jusqu'à passer et repasser dix fois devant la porte d'un pâtissier ou d'une fruitière sans oser contenter son envie (4) ; ami du paradoxe et prenant presque toujours le contre-pied des idées reçues, jusqu'à nier la destinée humaine en ne voyant qu'une cause de détérioration dans le plus bel usage que l'homme puisse faire de son intelligence ; maudissant les exigences de la société par cela seul qu'elles le gênaient ; commettant, par égoïsme, les actes les plus blâmables pour les motifs les plus frivoles, et cependant bon, affectueux, dévoué : tous ceux qui ont vécu dans son intimité sont d'accord à cet égard, et de Saint-Germain, qui paraît avoir été un type du franc et loyal soldat, et Dussaulx, et Corancez, qui, sur d'autres points, n'ont pas été aussi justes envers lui, et l'excellent auteur de *Paul et Virginie*, qui lui a toujours conservé la plus respectueuse affection, malgré les bourrasques qu'il avait à souffrir parfois et qu'il raconte si charitablement (5).

(1) *Conf.*, livres I, VII, IX, XI et XII.

(2) *Ibid.*, libre VIII.

(3) *Ibid.*, libre XI. — CORANCEZ, *loc. cit.*, p. 24.

(4) *Conf.*, livre I.

(5) M. de Saint-Germain a fait une notice de sa correspondance avec Rousseau, dans laquelle il raconte plusieurs preuves de son âme bonne et charitable. On en trouve des extraits tome XVII, page 59, de l'édition Armand Aubré. — Voyez, dans la neuvième promenade de ses *Rêveries*, comme il aime les enfants, et dans sa correspondance quel attachement il portait à son chien (Lettres des 28 juillet 1760 et 23 mai 1865 ; 3ᵉ lettre à Malesherbes). Hume raconte que, le roi et la reine d'Angleterre voulant le voir, il promit de se rendre dans la loge de Garrick, mais qu'on eut toutes les peines du monde à le séparer de son *fidèle compagnon* dont il était esclave. Dans son deuxième *Dialogue* il exprime de la manière la plus touchante combien les animaux l'intéressent. — On trouve des preuves de sa bonté jusque dans la *Gazette* de Grimm (édit. de 1854, p. 130), dans les *Mémoires* de Marmontel, édit. de 1819, t. I, p. 254), et dans la *Private correspondance* de D. Hume (lettres des 19 janvier et 16 février 1766

Digitized by Google

Rousseau gardait rancune à la médecine ; mais on a déjà pu voir que ce ne fut jamais chez lui que l'effet du dépit (1). Ne savait-il pas, en effet, que toute science, et la médecine plus que toute autre, est fille du temps ? Qu'eût-il répondu si, par cela seul qu'il laissait encore beaucoup à dire sur l'éducation de l'homme et le gouvernement des sociétés, on lui eût conseillé de jeter au feu ses immortels écrits ? Il paraît qu'il a lui-même, au déclin de sa vie et lorsque son âme était moins opprimée par les souffrances du corps, reconnu ses torts envers les médecins, et qu'il se les est, entre autres choses, plusieurs fois reprochés. Si je faisois une nouvelle édition de mes ouvrages, disait-il à Bernardin de Saint-Pierre, j'adoucirois ce que j'ai écrit sur les médecins. Il n'y a pas d'état qui demande autant d'études que le leur. Par tout pays ce sont les hommes les plus véritablement savants (2). »

Deux écrivains célèbres ont attaqué la médecine avec l'intention bien sérieuse d'en dire du mal : ce sont Montaigne et Rousseau ; or le premier avait la pierre et le second une rétention d'urine. Aujourd'hui que tous deux seraient facilement guéris, au lieu de poursuivre notre belle science de leurs dédains et de leurs sarcasmes, ils n'auraient pour elle que des bénédictions.

(1) Voyez p. 29. — Consultez aussi une lettre à M. de Luxembourg, de 1761 ; d'autres lettres des 19 octobre et 10 novembre 1761, du 20 janvier 1763.(Ces dates sont celles de ses plus grandes souffrances.) — *Emile*, livres I et II. — *Confessions*, livre VI. — *Rêveries*, 7e promenade. — Notons que Rousseau, tout en prétendant ne pas croire à la médecine, ne laisse jamais échapper une occasion de donner des conseils médicaux, et qu'il se lance même quelquefois dans des théories passablement abstraites (lettres des 4 janvier 1763, 23 mai 1765, 19 juillet 1766, 18 et 27 septembre 1767 et 6 avril 1770). C'est d'ailleurs un travers assez commun aux gens du monde, et même aux plus instruits, de parler comme s'ils croyaient que, la première et unique condition pour bien faire la médecine, c'est de n'en pas connaître les éléments ; aussi le charlatanisme le plus grossier est-il celui qui réussit le plus vite.

(2) Préambule de *l'Arcadie*, note 8, et *loc. cit.*, p. 97. — Au reste, les médecins n'ont pas eu plus de rancune contre lui. Il avait dit dans la première promenade de ses *Rêveries :* « Quand tous mes ennemis particuliers seront morts, les médecins, les oratoriens vivront encore ; et, quand je n'aurois pour persécuteurs que ces deux corps-là, je dois être sûr qu'ils ne laisseront pas plus de paix à ma mémoire après ma mort qu'il n'en laissent à ma personne de mon vivant. Peut-être les médecins, que j'ai réellement offensés, pourroient-ils s'apaiser ; mais les oratoriens que j'aimois, que j'estimois, en qui j'avois toute confiance et que je n'offensai jamais..., seront à jamais implacables. » Je ne me charge pas de répondre pour les oratoriens ; mais, quant aux médecins, je suis sûr que, si Rousseau revenait à la vie, il achèverait de se réconcilier avec eux en lisant la *Notice* de De Bègue de Presle, et surtout l'*Essai* si savant publié il y a peu d'années par le docteur Morin. Cet ouvrage contient, p. 600, un extrait inédit des *Dialogues* dont le retranchement à l'impression vient à l'appui du dire de Bernardin de Saint-Pierre.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE ET NEUROLOGIQUE

—

Traitement par le repos appliqué aux maladies nerveuses « rest-treatment », par W. Sinkler (1).— Le « *rest-treatment* » complet et appliqué dans toute sa rigueur se compose des éléments suivants : repos complet, suralimentation, exercices passifs sous forme de massage et d'électricité; isolement absolu dans les cas d'hystérie et de neurasthénie.

Il est de toute importance que le malade se soumette au traitement avec confiance et qu'il se prête de bonne volonté à toutes les exigences du régime.

Le malade garde le lit et ne se lève que pour satisfaire ses besoins ; quelquefois même il lui est absolument interdit de se lever ; on le roule une fois par jour sur une chaise longue ou bien on le place dans un hamac pour faire le lit et renouveler le linge. La garde-malade est chargée de donner le bain, changer le linge et les vêtements et dans certains cas, au début du traitement, elle fait manger le malade.

Un peu plus tard il peut manger dans son lit, couché sur le côté ou appuyé sur ses oreillers et ce n'est qu'après 2 ou 3 semaines qu'il lui est permis de s'asseoir dans son lit.

L'isolement doit être complet, toute communication avec les parents et amis est défendue même par lettres. Il est rarement possible de bien soigner les malades chez eux. A Philadelphie on les place souvent dans des pensions spéciales : aussitôt qu'ils entrent en convalescence, on les envoie au bord de la mer où à la campagne, accompagnés par la garde-malade et munis d'un régime écrit pour les premières semaines qui suivront.

Le massage est un point essentiel dans le traitement ; il ne doit pas être fait par la garde-malade, mais par un spécialiste; sa durée doit être à peu près d'une heure, mais peu de malades peuvent le supporter aussi long au début ; aussi commence-t-on par 20 minutes ou une demi-heure et en pratiquant des frictions légères et superficielles ; on augmente graduellement la durée et la force jusqu'à ce qu'on atteigne une heure entière par jour. Quelquefois il est bon de faire, en dehors du massage, des frictions une fois par jour et dont la garde-malade peut être chargée. Le massage commence par ennuyer le malade, mais est bientôt suivi d'une sensation agréable de lassitude et d'un sommeil reposant. Il a pour

(1) *Journal de Médecine*, 2 octobre 1892.

Digitized by Google

principal effet de permettre l'assimilation d'une plus grande quantité de nourriture : bien fait, il est suivi d'une élévation de température de 1/5 à 4/5 de degré et les malades qui souffraient du refroidissement des extrémités, sentent leurs mains et leurs pieds chauds pendant plusieurs heures après le massage.

Chez certains sujets, au contraire, on observe une légère chute de température et des frissonnements ; dans ces cas le massage doit être de courte durée et léger. Il doit être pratiqué une heure avant ou après le repas ; s'il a lieu quelques heures après le repas, on donne au malade une tasse de lait avant de commencer.

L'électricité est employée une fois par jour sous forme de courants faradiques pendant une demi-heure à trois quarts ; pour les muscles on se sert des courants à interruption lente ; les électrodes sont promenées sur toute la surface du muscle et on fait contracter chaque muscle 4 ou 5 fois. Après la faradisation musculaire on pratique la faradisation générale par des courants rapides pendant 10 ou 15 minutes, en plaçant une électrode sur la nuque, l'autre sur la plante de chaque pied alternativement.

On observe toujours une élévation de température après l'électrisation, élévation qui peut atteindre un degré.

La diète est très importante dans le traitement. Chez certains malades qui souffrent depuis longtemps de dyspepsie, on a recours, au début, au régime lacté absolu, auquel succédera plus tard un régime mixte. On prescrit le fer, le pyrophosphate de fer dans l'extrait de malt aux sujets anémiques.

Il est bon de peser le malade une fois par semaine ; l'augmentation de poids est souvent surprenante. — La durée du traitement varie suivant les cas. En général, après 6 semaines, le malade peut s'asseoir d'abord pendant 15 à 20 minutes journellement; cette durée est augmentée graduellement et au bout de quelques jours, le malade peut rester assis pendant plusieurs heures et peut faire une promenade à pied et en voiture.

Weir-Mitchell, au lieu d'instituer un « *rest-treatment* » complet, emploie souvent ce qu'il appelle « partial rest schedule » chez des personnes qui par manque de temps ne peuvent se soumettre à un régime absolu par le repos.

Voici comment on procède dans ces cas :

Au réveil, le malade prend une tasse de cacao et se repose pendant 20 minutes ; ensuite il se lève, fait sur tout le corps des lotions froides et se fait frictionner avec un linge sec et

Digitized by Google

dur ; puis il s'habille légèrement et reste étendu pendant 20 minutes attendant le déjeuner, qui est suivi d'un repos absolu de une heure. Massage à 10 ou 11 heures et une heure de repos, pendant lequel le malade prend une tasse de lait ou de bouillon. Après ce repos il peut vaquer à ses affaires jusqu'au lunch, après lequel nouveau repos. Dans l'après-midi, ce malade se promène ou s'occupe de ses affaires sans trop se fatiguer ; si on emploie l'électricité, il vaut mieux le faire avant le repas du soir ou quand le malade est couché, ce qui doit avoir lieu de bonne heure.

Le « rest-treatment » donne des succès nombreux dans l'hystérie et la neurasthénie.

Dans les maladies de la moelle, ce mode de traitement donne également de très bons résultats.

Spitzka insiste sur le repos absolu dans la myélite aiguë.

W. Mitchell rapporte le cas d'un ataxique qui à la suite d'une fracture de la cuisse fut obligé de garder le lit pendant trois mois ; après ce long repos on constata la disparition complète des douleurs et une amélioration notable des autres symptômes.

Un cas analogue est cité par Hammond.

Le repos même de quelques heures par jour, combiné au massage, fait disparaître les douleurs des ataxiques et améliore considérablement l'état général du malade.

— Dans la paraplégie spasmodique les malades se trouvent très soulagés par le massage et le repos.

Dans beaucoup de cas de névralgies et de névrites, le « rest-treatment » a donné de bons résultats.

— Les mélancoliques, les maniaques, etc., qui présentent un grand degré d'épuisement nerveux, sont améliorés d'une façon remarquable par ce traitement.

— Enfin, l'auteur vante les effets du « rest-treatment » dans certaines maladies utérines, dans l'albuminurie et la calculose, dans l'alcoolisme. (*Jour. of Nervous and mental disease*, juin 1892.)

MÉDECINE LÉGALE

De l'internement contre la morphinomanie.

M. Grellety. — Dans la dernière séance (1), j'ai fait allusion aux progrès effrayants que la morphinomanie fait parmi

(1) *Bulletin médical*, 8 mars 1893.

Digitized by Google

le corps médical. Il y a certainement lieu de s'en préoccuper, soit pour aviser avec insistance les intéressés du danger qu'ils courent, soit pour empêcher ceux qui seraient disposés à les imiter, de s'adonner à cette ivresse malsaine.

Quelques-uns d'entre vous sont au courant de la mort horrible de l'un des membres de cette société, qui ne se contentait pas d'un seul poison, mais ajoutait encore le chloroforme à la morphine.

Il y a trois semaines mourait, à l'âge de trente-quatre ans, un autre médecin qui connaissait pourtant les travaux sur la morphinomanie ; mais il n'a pas eu l'énergie suffisante pour s'arrêter sur la pente fatale.

Dans ces dernières années, par un concours de circonstances que je voudrais croire exceptionnel, j'ai été mêlé à l'existence d'une douzaine de confrères, dont quelques-uns ont déjà disparu ; mais je crois être parvenu à en sauver au moins deux, bien qu'en pareil cas on doive toujours redouter l'avenir. Ce résultat n'a pu être obtenu que par l'internement et je serais assez porté à croire qu'il n'y a que ce moyen capable de guérir les médecins. S'ils sont abandonnés à eux-mêmes, ils ne parviennent pas à se ressaisir. On a beau les surveiller, ils trouvent toujours moyen de se faire leur chère piqûre.

Et comment en serait-il autrement, lorsqu'ils sont appelés à y avoir recours avec de réels avantages, pour le compte d'autrui. Il est bien difficile qu'ils ne succombent pas à la tentation, puisque la seringue à injections représente à leurs yeux la médication par excellence, le nec plus ultra du bien-être. C'est en cela qu'ils sont si dangereux, qu'ils font tant de mal, car ils ne se contentent pas d'être des fanatiques, il faut encore qu'ils initient leur entourage et leur clientèle à leurs sensations.

Je suis partisan de la suppression aussi brusque que possible de la morphine, d'abord pour éviter les demi-mesures et ensuite pour abréger la durée du traitement.

Je sais bien que la suppression rapide constitue un supplice horrible ; mais la sédation ne tarde pas à se produire, au bout d'une huitaine de jours, surtout si l'on utilise, comme adjuvant du traitement, de la spartéine.

M. Bardet. — Les sujets qui arrivent à tomber dans l'abus outré des hypnotiques ou des analgésiques, tout en ayant eu souvent de bonnes raisons pour y recourir au début, sont généralement des dégénérés. Leur passion constitue un genre d'aliénation, qu'il est bien difficile de guérir complètement.

Aux malades chez lesquels la morphine est indiquée, je suis

Digitized by Google

d'avis d'en donner d'emblée d'assez fortes doses, pour les soulager promptement et leur donner ensuite le dégoût du médicament, en raison de l'état nauséeux qui se produit consécutivement. On ne leur fait pas connaître ainsi cette rêvasserie grise, où les initiés se complaisent tant et à laquelle on arrive par l'accoutumance et les doses progressives.

En ajoutant de l'atropine, on supprime l'ivresse agréable des opiacés, sans changer l'effet analgésique. Mieux vaut qu'il y ait des phénomènes hallucinatoires, des vomissements ou tout autre incident désagréable, que de provoquer des tentations dangereuses pour l'avenir.

M. Rougon. — Je n'admets pas la médecine de complaisance, dans aucun cas, mais surtout dans le cas actuel. Cependant, il faut tenir compte de la susceptibilité de chaque personne et je crois qu'il y a avantage à commencer par des doses minimes, quitte à les élever ensuite, si elles ne sont pas suffisantes.

M. Constantin Paul. — Le grand point est de ne pas laisser les malades se faire eux-mêmes des injections et de ne pas leur en donner le goût. Je connais des malades qui vivent depuis des années, en prenant constamment, lorsqu'ils souffrent, un quart, un demi-centigramme de morphine ; c'est un vrai soulagement pour eux ; mais les grands morphinomanes sont absolument condamnables et on n'obtient rien avec eux par des demi-mesures, par une diminution progressive de l'agent toxique. Je suis alors partisan de l'internement volontaire, comme cela se pratique en Amérique, et à une énergique résistance à leurs désirs, malgré la détresse épouvantable qui suit ce sacrifice.

Un autre moyen que j'emploie et qui m'a bien réussi, dans deux cas, c'est l'embarquement sur un navire pour un voyage d'une certaine durée, de façon à ce que le malade soit mis dans l'impossibilité de se servir de sa seringue.

C'est une erreur de croire que les maladies des reins contre-indiquent les opiacés et que l'accumulation soit à redouter, lorsqu'il existe de la néphrite. En effet, la morphine ne s'élimine pas par les voies urinaires, mais par les voies digestives.

Dr Grellety.



Digitized by Google

CHRONIQUE DE L'HYPNOTISME

—

La psychothérapie (1),

Par le Dr E. Diaz (1).

L'hypnotisme possède une valeur thérapeutique réelle. Après avoir ébauché l'historique de la question et avoir développé la période contemporaine de cette méthode, l'auteur présente les observations suivantes. I. Homme de 36 ans, présente subitement de la tristesse, de la mélancolie, de l'inappétence, phénomènes qui furent en s'accentuant ; finalement, démence avec délire des persécutions. L'auteur ne parvient pas à hypnotiser son malade ; mais, profitant du calme et de la somnolence procurés par 50 centigr. d'hydrate de chloral, il suggère au malade de la tranquillité, du sommeil et l'hypnose facile pour le lendemain à la première fixation du regard. La suggestion produit son effet, et dix autres séances suffisent pour guérir complètement le malade. — II. Cette observation vient à l'appui de ceux qui se servent de l'hypnotisme comme anesthésique. Il s'agit d'un ongle incarné couvert de bourgeons charnus enflammés, qui est opéré avec succès, sans produire la moindre douleur chez la patiente, qu'on plonge au préalable dans le sommeil léthargique. — III. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui était atteinte d'une angine pseudo-membraneuse et qu'on ne pouvait traiter par des badigeonnages antiseptiques, sans produire des nausées très pénibles. L'hypnose produite, l'auteur fait une suggestion ad hoc, ce qui permet au réveil de continuer le traitement à l'entière satisfaction de la malade et du médecin.

Auto-suggestion. — Le Kitsune-tsuki. — Possession,

Par le Dr Baret (2).

Le kitsune-tsuki ou possession par les renards est une curieuse affection mentale observée au Japon et accompagnée d'hallucinations internes et de dédoublement de la personnalité.

Les renards sont l'objet d'une crainte superstitieuse de la part

(1) *Revista de ciencias medicas, Habana*, n° 4, février 1892, *Revue Bibliographique internationale*, 10 mai 1892.
(2) *Journ. d'hyg.*, septembre 1892.

Digitized by Google

d'une grande partie de la population qui leur attribue le pouvoir de prendre une forme humaine. Parfois aussi ces animaux choisissent le corps d'une personne vivante pour en faire leur demeure ; le possédé subit alors un véritable dédoublement de personnalité ; il entend et comprend tout ce que dit et pense le renard qui parle par sa bouche d'une voix étrange, tout à fait différente de l'accent ordinaire du malade. Cette maladie paraît être, au Dr Baret, un délire neuropathique dont la forme s'explique par les idées superstitieuses spéciales au pays où on l'observe. Le traitement doit être suggestif ou plutôt exorciste. L'expulsion de la bête laisse au malade une grande prostration qui persiste un ou deux jours et après laquelle il a perdu quelquefois toute conscience des événements.

Les miroirs rotatifs (1).

L'ingénieux moyen employé par M. Luys pour endormir les hystériques en faisant tourner un miroir à alouettes, ne lui est, paraît-il, pas absolument exclusif. Les Annamites, rapporte le Dr Michaut d'Haïphong, employaient depuis un temps immémorial un procédé analogue. Dans les cérémonies religieuses de ce pays, le sorcier se fixe derrière le pavillon des oreilles deux baguettes de bois odorant ; ces baguettes sont allumées et brûlent lentement en formant deux charbons brillants. Après avoir fait asseoir le sujet en face de lui, le sorcier lui tient un long discours accompagné de gestes. En même temps il agite la tête très vite et dans tous les sens. Le patient qui a reçu au préalable l'ordre de fixer ses regards sur les points lumineux produits par les baguettes en combustion ne tarde pas à s'endormir s'il est hypnotisable.

L'hypnotisme, la défense nationale et la Société civile

Par le Dr Liégeois (2).

Quand on suggère un acte délictueux, il se produit une amnésie temporaire, mais complète, de toutes les pensées qui d'ordinaire nous retiennent de faire des fautes et le sujet passe en condition seconde provoquée. Or, beaucoup de soldats et marins sont suggestibles dès la 1re séance (4 % d'après Liébeault) et l'on devrait soigneusement les éliminer de l'armée qu'ils peuvent mettre

(1) *Le Mouvement thérapeutique et médical*, 1er novembre 1893.
(2) *Revue internationale Bibliographique*, 25 juin 1892.

Digitized by Google

ainsi en danger. D'autre part, dans le monde, il y a beaucoup de suggestibles, au moins cent mille à Paris, à qui on peut tout commander. Pour parer aux dangers qui menacent tous ces gens-là, s'ils tombent en des mains malhonnêtes, l'auteur conseille que chacun essaie de se faire hypnotiser par un médecin qui lui défendra alors d'accepter les suggestions de tout autre personne.

H. Bidon (de Marseille).

Hypnotisée en omnibus (1).

Un de nos confrères a raconté, dernièrement, qu'une jeune couturière, Alice H..., avait été trouvée endormie dans un omnibus de la ligne Halle-aux-Vins-Pigalle et qu'elle avait déclaré avoir été hypnotisée par un voyageur pendant le trajet.

Cette histoire, que beaucoup ont pu prendre pour une fantaisie, est rigoureusement exacte, j'ai rencontré du reste des cas analogues. Voici les renseignements puisés à bonne source que nous pouvons donner.

Vendredi soir, à dix heures et demie, au moment où la voiture n° 251, Halle-aux-Vins-Pigalle arrivait en station, le contrôleur Margerie monta, comme d'habitude, sur la plate-forme pour remonter le cadran. Il fut surpris d'apercevoir dans l'intérieur une jeune femme élégamment vêtue et qui semblait sommeiller.

Il l'interpella à plusieurs reprises et, voyant qu'elle ne répondait pas, il entra et la prit par le bras. Elle ne bougea pas.

Il l'enleva alors et s'aperçut qu'elle était raide et tout d'une pièce, « comme une planche », a-t-il dit. Il la descendit, la porta dans le bureau et essaya de la faire revenir à elle en lui frictionnant les tempes avec du vinaigre, en lui faisant respirer de l'éther. Mais il n'obtint aucun résultat.

Il envoya alors chercher M. Tissot, pharmacien, 34, boulevard Clichy. M. Tissot constata une rigidité musculaire totale, la pupille dilatée, le regard fixe, en un mot tout ce qui caractérise habituellement l'état apparent des sujets hypnotisés.

Il fit porter la malade à sa pharmacie et là, pour mieux se convaincre, il procéda, en présence du contrôleur et des agents, à une série d'expériences, soumettant la jeune femme à sa volonté, la faisant se lever, marcher, faire des gestes... mais elle restait toujours endormie.

M. Tissot, bien convaincu de l'état d'hypnotisation, fit ensuite

(1) *Le Figaro*, 5 septembre 1893.

Digitized by Google

des passes magnétiques... La malade reprit connaissance et, tout à coup, le visage angoissé d'épouvante, s'écria d'une voix entrecoupée :

— L'homme ! l'homme ! l'homme ! n'est pas là ?...

Puis, peu à peu, elle se calma et raconta ce qui lui était arrivé.

Elle se nomme miss Maud Hugon et demeure 28, rue Fontaine. Elle est employée comme couturière interprète anglaise dans un grand magasin du centre de Paris.

Elle avait, dit-elle, pris l'omnibus pour rentrer chez elle, lorsque, en face d'elle est venu s'asseoir un gros monsieur qui s'est mis à la regarder fixement. Malgré ses efforts, elle ne pouvait détacher ses yeux de ceux de son vis-à-vis et, insensiblement, elle s'est endormie.

Ce monsieur, ajoute-t-elle, ne lui est pas inconnu ; voilà plurieurs fois qu'il la poursuit. Mais il n'avait pas encore réussi à la fixer comme il l'a fait cette fois.

Miss Maud est rentrée chez elle complètement remise, quoique un peu fatiguée. Depuis elle se porte très bien. Elle a déclaré que si jamais le « gros monsieur » vient se replacer en face d'elle, elle le fera arrêter avant qu'il n'ait eu le temps de la fixer.

JEAN DE PARIS.

Suggestion à l'état de veille,

Par le Dr BRUNSCHVIG (1).

Cinq observations de troubles oculaires, toux nerveuse, tic, qui furent guéris en déclarant au malade qu'on le soumettrait à un traitement actif qui devait le guérir, sans quoi on recourrait à une opération douloureuse (cautérisation, etc.). Pour faire cette suggestion, l'auteur prend la main du malade et le regarde dans les yeux, en lui affirmant sa prochaine guérison.

(1) *Normandie médicale*, 15 septembre 1893, pp. 365-369.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

HÉMATORHACHIS TRAUMATIQUE

Congestion de la moelle.— Hémorrhagie concomitante de l'ovaire,

Par J. LUYS.

Je donne ici le récit d'une observation d'hématorhachis traumatique que j'ai eu moi-même l'occasion d'étudier alors que j'étais interne — et qui m'a parue intéressante au point de vue de son étiologie, de la façon dont les symptômes se sont révélés, et surtout au sujet de l'état d'hyperémie générale des vaisseaux du petit bassin, de l'utérus et de ses annexes, chez une femme succombant au moment de la cessation de la période menstruelle. On constate ainsi, combien à cette phase de leur vie, les femmes sont plus ou moins, au point de vue des organes pelviens, en un état d'éréthisme vasculaire et d'imminence morbide.

J. L.

A. (Joséphine), 20 ans, domestique.

Entrée à l'hôpital le 12 mars. Morte le 25 mars.

Bonne santé habituelle, jamais d'attaques de nerfs ; réglée à 14 ans.

Règles régulières et abondantes. Elle venait de les avoir la veille de son entrée.— En voulant atteindre la partie supé-

Digitized by Google

rieure d'une armoire, elle monta sur une chaise qui manqua sous elle, elle tomba sur le dos, la région lombaire portant sur l'angle d'une malle.

Immédiatement, elle s'est trouvée mal, sans cependant perdre connaissance, n'a pu se relever qu'un quart d'heure après.

Elle a pu marcher néanmoins et s'occuper le soir, quoique courbée en deux et souffrant beaucoup. La nuit a été mauvaise, elle était agitée, ne pouvait rester tranquille sur son lit à cause de la douleur vive des reins. Le soir même de l'accident : fourmillements dans les deux jambes avec quelques secousses convulsives.

A la visite du soir, le *13 mars*, elle nous donna ces renseignements : endolorissement général, douleurs lombaires et dans le flanc gauche, avec rétention d'urine. Elle est sondée ; pas de sang dans les urines.

14 mars. — Rétention continue avec douleurs dans le ventre.

15 mars. — Un peu de calme. Douleur vive au ventre et aux reins. Sensibilité exaltée de tout le côté droit. Douleur vive et contraction spasmodique réflexe aux bras et aux cuisses. Pincement de la peau à peine senti. Pupilles inégales. Engourdissement passager cette nuit pendant deux heures dans la plante du pied et la main du côté gauche. Main gauche plus faible, serre moins fort. Pourtant lève bien les bras et remue bien les jambes dans le lit.

Cette nuit et dès hier a ressenti des secousses dans tout le côté gauche. Douleurs rachidiennes localisées aux lombes, avec maximum à gauche et irradiées vers la cuisse et l'os iliaque.

La peau de cette région est très douloureuse même à l'apposition d'une pointe. Douleur céphalique, à la nuque et à l'occiput. La peau du crâne et de la face est plus sensible à droite.

Le mouvement spontané des membres, bras et jambes, est pénible, le mouvement est douloureux. Elle ne demande que le repos.

Pas d'appétit, pas constipée. A eu hier le hoquet pendant deux heures après ingestion de bouillon. Pas de toux. Ni hémoptysie, ni palpitations. Pouls 72 égal des deux côtés.

Digitized by Google

Quelques mouvements tendineux involontaires dans le poignet droit.

Long vésicatoire à la nuque. Opium 0,05 centigr.

16 mars. — A crié toute la nuit. Douleurs de tête diminuées, celle des reins ont été très vives, au point de l'épuiser. Soubresaut des tendons à droite du poignet. La peau du bras gauche presque insensible. Membre inférieur : exaspération de la sensibilité à droite et diminution à gauche, avec sensation de fourmillement à la plante du pied gauche. Les mouvements sont toujours pénibles à produire et douloureux. A uriné seule ; urine acide, peu abondante. Le ventre toujours très sensible et douloureux, surtout à l'hypogastre. Pupilles égales. A été un peu à la selle. L'agitation, cette nuit, a été vive. Pouls 94. Glace sur la tête. Opium 0,10 centigr.

17 mars. — Même état; plus calme cette nuit. L'hypéresthésie abdominale moins vive à droite. Diminution des mouvements spontanés tendineux. La force est au même degré : elle remue encore volontairement les 4 membres. A droite, le pincement détermine dans la jambe un mouvement réflexe qui est nul à gauche en pinçant fort.

18 mars. — Nuit calme; pas de selles; peu d'urine. La peau de l'abdomen est moins sensible ; on peut alors palper. On sent toujours dans le flanc gauche une masse résistante que l'on suppose être une collection sanguine. Par le toucher vaginal on perçoit, entre l'utérus et la paroi antérieure du rectum, une masse volumineuse fluctuante.

19 mars. — Pas de selles. Pouls 124. La peau est chaude, on touche impunément la peau du bras droit, qui ne présente plus de mouvements. Le ventre est bien moins hypéresthésié, de même la cuisse.

20 mars. — Pas d'hypéresthésie au bras droit. Selles liquides. Vomissements.

21 mars. — Eruption rubéolique aux poignets, aux coudes et aux genoux. Langue rouge, sèche. Pouls 120.

22 mars. — Face grippée, très amaigrie ; langue sèche. L'éruption a pâli, peu douloureuse. La soif est vive. Pas de sommeil. Pas de selles.

23 mars. — Un peu mieux. Selles. Face moins grippée

Digitized by Google

Rougeur des bras et des cuisses diminuée. Langue rouge. A dormi. Trait. idem.

24 mars. — L'éruption est passée. Langue sèche. Demande un peu de nourriture. A dormi.

25 mars. — Gonflement œdémateux de la jambe droite, du coude, du poignet gauches. Prostration. Pupilles contractées. Agitée la nuit, s'est levée. Etat typhoïde. Pas de diarrhée. Coma. Mort.

Autopsie.—Le ventre étant ouvert, la sérosité péritonéale apparaît sanguinolente. En recherchant d'où elle provient, on trouve dans le petit bassin une vaste poche entre l'utérus et le rectum, remplie de caillots sanguins couleur chocolat, et donnant issue à travers des déchirures multiples de ses fibres au liquide sanguin épanché. Cette poche nous a paru être l'ovaire gauche ; d'un côté elle adhérait à l'utérus par un ligament ovarien, et de l'autre, en continuité avec le pavillon de la trompe. De plus, en examinant ses parois, épaisses de 50 à 100 millim. en plusieurs points, nous pûmes reconnaître que cette coque n'était pas formée par autre substance que celle de l'ovaire distendue et refoulée excentriquement ; çà et là nous retrouvâmes dans son épaisseur des traces d'anciens foyers sanguins. Au niveau de la partie antérieure du rectum, le tissu de la paroi amincie présentait des éraillures multiples qui avaient donné issue au sang.

L'ovaire droit nous a présenté plusieurs anciens foyers hémorrhagiques en voie de cicatrisation, et plusieurs corps jaunes à différents degrés de résolution.

La cavité de l'utérus vascularisée contenait, au niveau du fond de l'organe, un mélange de sérosité et de sang probablement rendu de l'exhalation menstruelle qui venait de cesser.

Le foie normal ; la rate et les reins ne nous ont rien offert de particulier à noter. L'inspection attentive de la cavité abdominale ne nous a révélé nulle part aucune déchirure vasculaire, dans les gros troncs. Rien non plus de notable dans la cavité thoracique : les poumons et le cœur paraissant sains.

Du côté de la région dorsale, aucune trace d'ecchymose à la région lombaire, ni de déchirure de lames, ni d'apophy-

Digitized by Google

ses de vertèbres ; le canal osseux paraît sain. A son ouverture, on trouve dans sa cavité un épanchement de sang en nappe entourant à l'extérieur la dure-mère rachidienne comme d'une gaine, et allant par teintes décroissantes en s'affaiblissant à la région cervico-dorsale ; son maximum d'intensité étant à la région lombaire, là où le choc avait eu lieu. Il ne nous fut pas possible de trouver sa source originelle, mais tout nous porte à croire qu'elle a dû avoir son siège dans une déchirure d'une partie du sinus veineux intra-rachidien, si développé à la région lombaire. C'était là, en effet, que la coloration du liquide épanché était la plus intense, et sa quantité la plus considérable.

La dure-mère rachidienne, débarrassée de ce caillot, on incisa la cavité de l'arachnoïde qui fut trouvée parfaitement saine, sans aucune trace de sang épanché.

La moelle, à l'extérieur, paraît plus volumineuse (au niveau de la queue de cheval à 4 centim.) ; elle fait hernie comme tête d'épingle à travers les éraillures de la pie-mère, — cette dernière est très vascularisée au dehors. A l'incision, nous trouvons une vascularisation très prononcée dans la substance grise ; les capillaires y sont très apparents, turgides et presque rigides par le coagulum ; on y reconnaît par places les globules empilés et pressés ; çà et là les capillaires offrent des dilatations ampullaires multiples.

Cette forte congestion s'observe, non seulement dans toute la hauteur de la substance grise de la moelle avec plus d'intensité à la région lombaire et sacrée, mais encore dans les ganglions rachidiens des racines postérieures, lesquels à la région lombaire sont, des deux côtés, devenus volumineux comme des gros pois et rouges lie de vin ; à l'incision, on reconnaît un état congestif des plus manifestes.

Les masses cervicales, rien. Cerveau sain, piqueté cérébral très marqué et abondant.

Les deux points les plus intéressants de cette observation sont :

1° L'hémorrhagie traumatique qui s'est faite dans la cavité rachidienne, et 2° l'hémorrhagie avec distension de l'ovaire consécutive à la fin de la période menstruelle.

Digitized by Google

2° L'épanchement de sang dans la cavité rachidienne a été le phénomène initial; cet épanchement est imputable à une rupture des plexus veineux intra rachidien; le sang s'est épanché en nappe et a amené des phénomènes de compressions et de paralysie.

Il y a eu en même temps de la paralysie localisée à gauche, et de l'exaction sensitive à droite.

Il y a eu, dès le début, une douleur lombaire continue très intense, suivie de perte de connaissance et d'impossibilité motrice ; et les symptômes se sont développés avec intensité à mesure que la masse du sang épanché se répandait dans les différents segments de la moelle. La rétention d'urine a été un des symptômes dominants dès le début, puis sont venus les spasmes musculaires, les contractions, le hoquet, les troubles divers de la sensibilité, fourmillements incessants.

Peu à peu, le processus morbide a envahi tout le système nerveux; la douleur, malgré l'emploi des opiacés, est devenue d'une intensité extrême par suite de la congestion cérébrale qui s'est mise de la partie — et, finalement, une péritonite d'origine hémorrhagique est venue mettre fin à la série des souffrances de cette jeune malade.

La vascularisation extrême des ganglions spéciaux est un fait qui doit encore être signalé, de même que l'extrême friabilité du tissu ovarique à la fin de la période menstruelle.



Digitized by Google

RECHERCHES

SUR LA

PHYSIOLOGIE & LA PATHOLOGIE DU CERVELET

Par les Drs Manuel Leven et Auguste Ollivier (1).

Quand on remue les matériaux scientifiques du passé, on est frappé du nombre considérable de mémoires originaux consciencieusement faits par des travailleurs modestes, et qui faute d'une camaraderie puissante, d'une bonne presse, d'un appui d'un personnage puissant, sont restés silencieusement dans la pénombre, sans être entrés, comme cela aurait dû être, dans l'enseignement officiel de la science courante.

Les *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*, qui sont inspirées d'un esprit complètement indépendant, tiendront à honneur de mettre en lumière un certain nombre de ces travaux anciennement faits, inconnus de la génération actuelle, laquelle a été malheureusement trop entraînée à ne voir la vérité ne venir que d'un coin de l'horizon scientifique.

Nous publierons donc, de temps en temps, quelques-uns de ces anciens travaux, faits avec un véritable esprit scientifique, et qui, déjà à l'époque où ils ont paru, pouvaient être considérés comme des documents de bon aloi fixant la science sur les points dont ils faisaient l'objet.

Parmi ces travaux restés dans un demi-oubli, je citerai tout d'abord les recherches du Dr Manuel Leven et du regretté Auguste Ollivier qui vient d'être tout récemment enlevé à l'affection de ses amis, sur la Physiologie et la Pathologie du cervelet.

Ces jeunes travailleurs, alors animés d'un véritable esprit médical, ne se sont pas laissé égarer par les vaines recherches de bibliographie qui abondent dans ce domaine spécial. Ils ont été droit au but, ils ont surtout fait de l'expérimentation. Ils ont vu et bien vu les phénomènes qu'ils ont provoqués, et j'aime d'autant plus à citer que — sans connaître

(1) *Archives générales de médecine*, nos de novembre 1862 et suivants.

Digitized by Google

mes recherches anatomiques, qui n'étaient pas encore publiées, sur la structure du cervelet et les conducteurs de l'innervation cérébulleuse — ils ont confirmé l'exactitude de mes résultats personnels, et donné l'appui expérimental aux conceptions spéciales que j'ai exposées plus tard sur l'anatomie et la physiologie des appareils cérébelleux.

Ce travail des docteurs Leven et Olliver n'est donc que l'exposé préparatoire des recherches que j'exposerai ultérieurement dans ce journal sur l'Anatomie et la Pathologie du cervelet, et qui tendent à établir l'importance capitale méconnue que les appareils cérébelleux jouent dans le fonctionnement général du système nerveux, et dont la plupart des médecins contemporains même les mieux cotés ne paraissent pas soupçonner l'importance.

J. L.

I

— Le cervelet est l'organe dont le rôle physiologique a donné lieu, jusqu'à nos jours, au plus grand nombre d'interprétations contradictoires ; un historique abrégé nous montrera rapidement qu'il a été considéré tour à tour comme l'organe de l'âme, comme l'organe de la sensibilité, et comme l'organe du mouvement.

Malacarne localisait l'âme dans le cervelet ; La Peyronie, Pourfour du Petit, Saucerotte, Foville, Pinel-Grandchamp, Dugès, en on fait le foyer de la sensibilité.

La plupart des physiologistes modernes sont d'accord cependant pour le considérer comme l'organe du mouvement. Willis (1) pensait que le cervelet présidait aux mouvements involontaires et aux fonctions de la vie organique ; Rolando (2) admettait, avec Reil, que cet organe était la source de tous les mouvements, et que son action était analogue à celle d'une pile voltaïque.

Selon Magendie, il y a dans le cervelet une force intérieure qui pousse à marcher en avant, et, dans les corps striés, une autre force qui pousse à reculer ; ces deux forces, dans l'état sain, sont dirigées à la volonté et se contre-balancent. Magendie a également signalé les mouvements extraordinaires et la position des yeux, quand on lèse le pédoncule cérébelleux moyen : l'œil du côté blessé se porte en bas et en avant ; celui

(1) *Anatome cerebri*, cap. 15 ; Amsterdam, 1683.

(2) *Saggio sopra la vera struttura del cervello;* Sassari, 1809.

Digitized by Google

du côté opposé, en haut et en arrière. M. Flourens a localisé dans le cervelet une propriété qui consiste à coordonner les mouvements voulus pour certaines parties du système nerveux, excités par d'autres. Le cervelet, suivant ce célèbre physiologiste, serait le siège exclusif du principe qui coordonne les mouvements de locomotion. M. le professeur Bouillaud (1) regarde le cervelet comme le centre nerveux qui donne aux animaux vertébrés la faculté de se maintenir en équilibre et d'exercer les divers actes de locomotion; il pense que le cerveau coordonne certains mouvements, ceux de la parole en particulier, et que les mouvements des yeux, de la glotte, des organes de la mastication, ne sont pas réglés par le cervelet. M. le professeur Longet (2) ne conclut qu'avec réserve sur la physiologie du cervelet; il tend cependant à considérer cet organe comme influençant d'une manière spéciale la coordination des mouvements de translation.

D'après M. Serres, le lobe médian du cervelet est excitateur des organes de la génération, et les hémisphères cérébelleux sont excitateurs des mouvements des membres et plus spécialement des membres pelviens. Schiff (3) déclare que les fonctions du cervelet sont inconnues.

Rodolphe Wagner (4) admet que le cervelet est un organe exclusivement moteur pour des appareils musculaires de la vie animale et probablement aussi de la vie organique. Il est certain qu'il a une part essentielle dans la coordination des mouvements symétriques du corps et notamment des mouvements de progression; « toutefois, ajoute-t-il, on ne saurait le considérer simplement comme le régulateur des mouvements du corps : il peut devenir le point de départ d'une excitation directe de certains appareils musculaires organiques, notamment des viscères abdominaux, spécialement des organes génitaux, et probablement aussi du cœur. »

M. Brown-Séquard (5) ne partage ni l'opinion de M. Flourens, ni celle de Wagner, et admet que les mouvements volontaires peuvent être produits sans désordre, malgré l'absence du cervelet, et que les désordres des mouvements

(1) *Recherches expérimentales tendant à prouver que le cervelet préside aux actes de la station, de la progression, et non à l'instinct de la propagation.* (*Archives gén. de méd.*, t. XV ; 1827.)

(2) *Traité de physiologie*, t. II p. 463.

(3) *Lehrbuch der Physiologie*, 1858.

(4) *Nachrichten von der Universitaet und der konigl. Gesellschaft der Wissenschaften zu Goettingen*, 1858-1860.

(5) *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, n° XV, p. 415.

Digitized by Google

volontaires sont dus, après l'ablation de cet organe, à l'irritation des parties voisines, et non à la perte des prétendues fonctions de cet organe.

— Nous avons continué les recherches que l'un de nous (1) avait commencées avec M. le professeur Gratiolet, et le but de ce mémoire est de relater les résultats auxquels nous ont conduits de nouvelles études sur la physiologie et la pathologie du cervelet.

II

Physiologie. — Toutes nos expériences ont été faites sur des cochons d'Inde. Nous avons piqué le cervelet avec une aiguille d'acier fortement trempée, de façon à pouvoir ouvrir facilement le crâne et pénétrer directement dans l'organe sur lequel nous nous proposions d'opérer. Ces piqûres n'entraînant aucune déchirure grave des parties molles extérieures et ne déterminant aucune hémorrhagie capable de comprimer le cervelet, nous nous placions dans les meilleures conditions pour reconnaître les troubles apportés par une lésion dont on graduait la profondeur au moyen d'un curseur fixé sur l'aiguille.

Ces expériences peuvent être divisées en deux séries. Dans la première, le cervelet seul a été atteint ; dans la seconde, indépendamment de la piqûre du cervelet, il s'est produit une hémorrhagie assez forte pour amener des phénomènes de compression, ou bien la moelle allongée a été elle-même lésée.

Nous avons répété vingt fois nos expériences ; mais, comme les résultats ont été constamment les mêmes, nous croyons inutile de les rapporter toutes.

Première série. — Expérience 1re. Le lobe cérébelleux droit est piqué, à la profondeur de 3 millimètres, en dehors de la ligne médiane. Mouvements de rotation sur l'axe, qui durent cinq minutes environ ; puis mouvements de manège du côté opposé à la lésion, durant vingt minutes. La progression est impossible. Au bout de deux jours, la tête est déviée ; la face, du côté gauche, est tournée en bas ; celle du côté droit, en haut. Affaiblissement du côté gauche. Seize jours après, la puissance motrice est récupérée, et il reste une tendance à se diriger à gauche ; strabisme de l'œil gauche en bas. Au bout de quatre jours, la

(1) Gratiolet et Leven. *Sur les mouvements de rotation sur l'axe que déterminent les lésions du cervelet.* (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1860.)

Digitized by Google

cornée est devenue opaque, et l'œil suppure ; dix-huit jours après la piqûre, l'animal est tué par le chloroforme.

Autopsie. La trace de la piqûre persiste ; lésion presque linéaire, qui s'étend à 3 millimètres de profondeur ; traînée de sang au centre de la lésion. Le reste du cervelet et le bulbe sont intacts.

Exp. 2. Le lobe cérébelleux droit est piqué d'abord à une profondeur de 2 millimètres. Mouvements de manège du côté gauche, se répétant cinq ou six fois ; corps incurvé en arc ; progression impossible. Après dix minutes, le corps a repris sa direction rectiligne, et l'animal peut faire quelques pas en avant ; strabisme très léger, qui a disparu au bout de quelques minutes. L'hémisphère cérébelleux gauche est piqué ensuite : titubation, progression très pénible. Au bout de six jours, l'animal a récupéré la facilité de ses mouvements, et le strabisme a disparu ; huit jours après l'expérience, guérison parfaite. L'animal est tué par le chloroforme.

Autopsie. A droite, piqûre marquée par une ligne rosée, décrivant une concavité en dehors, à 1 millimètre de profondeur ; la lésion ne dépasse pas la substance grise. A gauche, plaie plus profonde ; hémorrhagie dans la ligne cicatricielle. Le reste du cervelet et du bulbe sont intacts.

Exp. 3. L'hémisphère cérébelleux droit est piqué. Mouvements de manège du côté opposé à la lésion, durant quelques minutes ; immobilité complète, progression impossible. Après une demi-heure, l'animal fait quelques pas en avant ; le mouvement de manège se produit encore le lendemain, mais à de rares intervalles. Après douze heures, la marche est devenue plus facile, le corps est infléchi du côté gauche ; léger strabisme à gauche. Au bout de cinq jours, guérison entière. L'animal est tué par le chloroforme.

Autopsie. Sillon rosé dans la partie moyenne du lobe droit ; le bulbe est intact.

Exp. 4. Piqûre dans le lobe cérébelleux droit. Mouvements de manège du côté lésé ; affaiblissement du côté gauche. Quarante-huit heures après l'expérience, marche encore lente ; au bout de huit jours, l'animal a retrouvé toute l'agilité de ses mouvements. Immédiatement après la piqûre, strabisme double ; l'œil gauche dévié en bas et en avant ; le droit en haut et en arrière. Le strabisme a disparu en même temps que les troubles du mouvement. Le lobe gauche est piqué, sur le même animal, onze jours après la première piqûre : mouvements de manège du côté

Digitized by Google

gauche, affaiblissement du côté gauche, déviation de la tête, strabisme de l'œil gauche en haut ; la cornée est légèrement terne. Treize jours après la seconde piqûre, l'animal est tué par le chloroforme.

Autopsie. Foyer de la grosseur d'une tête d'épingle, s'étendant dans le lobe gauche jusqu'à la partie centrale. A droite, la trace de la plaie se retrouve à 4 millimètres environ de profondeur ; le bulbe est intact.

Exp. 5. Le lobe droit est piqué. Mouvements de manège du côté droit ; le corps est penché du côté gauche. Un quart d'heure après, le lobe gauche est piqué : manège du côté gauche, marche impossible, tête déviée ; à gauche, la face regarde en bas, et à droite, en haut. L'animal ne peut rester couché que sur le côté droit. Au bout de deux jours, mouvements de manège toujours à gauche ; la marche est encore lente dix-neuf jours après ; strabisme double à la suite de la première piqûre ; l'œil droit dévié en bas et en avant ; l'œil gauche, en haut et en arrière. Le strabisme persiste neuf jours après la première piqûre. L'animal est tué par le chloroforme le seizième jour de l'expérience.

Autopsie. Deux petits foyers : l'un dans le lobe gauche, l'autre dans le lobe droit ; le bulbe est intact.

Exp. 6. Le lobe cérébelleux droit est piqué. Mouvements de manège à gauche ; l'animal tombe du côté lésé et reste couché à droite. Un jour après, l'œil gauche est opaque, l'œil droit terne ; le corps est infléchi à gauche ; de temps à autre, quelques mouvements de manège dans ce sens, mouvements qu'on observe encore vingt-quatre heures, après la piqûre. Le lobe gauche est piqué : l'animal ne peut d'abord rester sur ses pattes, puis il se redresse; mouvements de manège tantôt à gauche, tantôt à droite, mais surtout du côté gauche ; il demeure facilement couché du côté droit.

Autopsie faite quatre jours après la piqûre. Foyer dans chaque lobe ; le bulbe est intact.

Exp. 7. Le cervelet est piqué sur la ligne médiane ; mouvements de manège tantôt dans un sens, tantôt dans un autre ; marche difficile. Point de strabisme.

Autopsie. Petit foyer dans le lobe moyen.

Exp. 8. Le lobe droit est piqué ; le corps se tourne en arc du côté lésé. Du côté droit, œil fortement dévié en bas en avant ; strabisme léger à gauche. Vingt-quatre heures après la piqûre, le strabisme a disparu, les mouvements sont revenus.

Autopsie. Foyer dans l'hémisphère droit.

Digitized by Google

Seconde série. — Exp. 9. L'aiguille est enfoncée vers le lobe gauche ; l'animal est comme frappé de mort pendant quelques secondes, puis commencent des mouvements de rotation qui durent une demi-heure environ sans interruption. Ceux-ci deviennent intermittents et se reproduisent encore au bout de vingt-quatre heures. L'animal est incapable de se redresser sur les pattes ; convulsions après le premier jour ; il reste couché sur le côté gauche ; strabisme double, l'œil gauche dévié en bas et en arrière ; respiration anxieuse, vomissements. Mort trente-sept heures après la piqûre.

Autopsie. Foyer sanguin qui s'étend dans le lobe gauche depuis le surface du cervelet jusqu'au bulbe. Une traînée sanguine de deux millimètres de largeur environ traverse la substance cérébelleuse et va intéresser la partie superficielle du côté gauche du bulbe.

Exp. 10. L'aiguille est enfoncée dans le lobe cérébelleux droit. Mort apparente durant quelques secondes, puis commencent des mouvements de rotation qui persistent pendant une heure à peu près. L'animal reste couché sur le côté lésé ; la marche est impossible ; strabisme double, l'œil droit est dévié en arrière et en bas, l'œil gauche en avant et en haut. Au bout de vingt-quatre heures, la cornée droite est devenue opaque, la gauche est également moins transparente. Convulsions ; l'animal se refroidit et meurt à la huitième heure après la piqûre.

Autopsie. Foyer hémorrhagique dans le lobe droit, qui s'étend jusqu'au bulbe du côté droit ; la partie superficielle du côté droit du bulbe est recouverte de sang.

Exp. 11. L'aiguille est enfoncée dans le lobe droit. L'animal tombe comme mort ; au bout de quelques secondes, il se relève, mouvements de manège ; le corps est incurvé en arc du côté droit ; très léger strabisme du côté gauche. Une demi-heure après la piqûre, l'animal est tué par le chloroforme.

Autopsie.— Hémorrhagie à la partie inférieure et postérieure du cervelet, qui s'étend jusqu'au bulbe, dont il recouvre la partie superficielle du côté droit.

Nous avons fait deux séries d'expériences : la première, dans laquelle nous n'avons lésé que le cervelet ; la deuxième, dans laquelle le cervelet et le bulbe étaient lésés en même temps.

Les animaux ont tous été nourris avec du lait immédiatement après l'expérience.

1re *série* (exp. 1 à 8).

Digitized by Google

Les lésions cérébelleuses simples ne sont jamais suivies de mort; les symptômes déterminés par la lésion disparaissent successivement et d'autant plus vite que la plaie est moins étendue ; après un nombre de jours qui varie de 1 à 2 septénaires, l'animal est généralement guéri.

Les piqûres du cervelet n'altèrent ni la sensibilité ni les organes des sens ; ainsi ni l'odorat, ni l'ouïe, ni la vue, ni le goût, n'ont été troublés.

Elles n'ont jamais déterminé de vomissements ni aucun désordre digestif; les animaux n'ont pas eu de déjections alvines liquides ; ils boivent et mangent dès que la piqûre a été faite ; ce genre d'opération ne paraît nullement troubler leur appétit, et par conséquent nous n'avons jamais constaté l'émaciation.

Les lésions cérébelleuses ont déterminé un seul ordre de phénomènes morbides, des troubles de la motilité ; mais ils sont très variés et sont souvent difficiles à analyser.

Ils consistent en mouvements de rotation, de manège, en inflexions de la tête sur le tronc, hémiplégie incomplète, lenteur dans la progression, etc.

Si l'on pique un lobe cérébelleux, les mouvements de rotation sur l'axe commencent immédiatement avec une rapidité telle, que l'animal fait un très grand nombre de tours sur lui-même dans une minute ; leur vitesse diminue peu à peu, et finalement, quand il revient au repos, il reste couché sur le côté lésé ; si on cherche à le placer sur le côté opposé, il fait un certain nombre de tours sur lui-même jusqu'à ce qu'il soit retombé sur le côté lésé ; l'animal a parfaitement conscience de la force qui l'entraîne malgré lui, et, dès qu'il a trouvé un point d'appui solide contre lequel il peut appliquer le côté lésé, il y reste dans une complète immobilité, sentant pour ainsi dire que le moindre déplacement ramènera ces mouvements si pénibles pour lui. L'expérimentateur peut aussi se faire une idée de cette force qui entraîne l'animal, s'il le prend dans la main ; il est obligé d'exercer une vigoureuse résistance pour maintenir l'animal du côté opposé au côté lésé. Soient A et B les deux lobes cérébelleux : si l'on pique A, l'animal restera couché sur le côté du lobe A ; ce lobe innervant les muscles du côté opposé, sa piqûre paralyse pour ainsi dire momentanément ces muscles, et le système musculaire innervé par B, traversé par un courant nerveux en puissance, entraînera le côté opposé dès qu'il sera libre.

L'analyse des mouvements de rotation ou de manège semble

Digitized by Google

donner raison à Rolando, qui comparait le cervelet à une pile voltaïque.

Les mouvements de rotation ont lieu presque toujours du côté lésé vers le côté sain, ils s'épuisent peu à peu et ont cessé ordinairement au bout de vingt-quatre heures ; l'animal se redresse sur ses pattes lorsque la force de rotation commence à diminuer, et il peut alors se coucher indistinctement sur le côté sain ou sur le côté lésé.

Les mouvements de manège sont de même nature que les précédents ; seulement ils ont lieu le plus ordinairement du côté opposé au côté lésé, rarement ils ont lieu du même côté ; ils se répètent un certain nombre de fois de suite après la piqûre, puis ils diminuent. L'animal peut bientôt rester en repos, mais le corps courbé en arc ; quand la courbure a dépassé un certain degré, le manège recommence ; puis la courbure cesse, le corps reprend sa direction rectiligne, et ce n'est que par intermittence que l'on voit la tête s'infléchir lentement sur le cou, le cou sur le tronc, et le manège recommencer ; enfin l'équilibre se rétablit peu à peu et le mouvement de manège cesse tout à fait.

A ces troubles si singuliers de la motilité succède d'ordinaire *l'affaiblissement musculaire général* ; la marche est devenue très difficile et, pendant quelques heures au moins, impossible, ou bien il se produit une hémiplégie incomplète ; quelquefois aussi il reste une tendance irrésistible à être entraîné du côté opposé à celui de la lésion.

Lorsque l'on pique les deux lobes l'un après l'autre, la rotation et le manège continuent alternativement dans un sens ou dans l'autre.

La rotation ou le manège ne se produisent pas toujours après une piqûre du cervelet, mais l'affaiblissement des mouvements est toujours consécutif à cette lésion.

Un symptôme presque constant des piqûres du cervelet est le strabisme. Le strabisme paraît avec les autres troubles de la motilité et disparaît avec eux ; il est le plus souvent croisé, ordinairement simple, plus rarement double. Le strabisme est donc sous la dépendance de la lésion cérébelleuse ; les muscles qui meuvent le globe oculaire sont innervés par le cervelet comme les autres muscles du corps.

Les fonctions visuelles ne paraissent pas altérées, mais il faut dire que les lésions produites se guérissaient si promptement qu'il est permis de se demander si une lésion d'une cer-

Digitized by Google

taine durée ne pourrait pas déterminer l'amaurose, ainsi que le montrent les observations pathologiques.

Dans quelques-unes de nos expériences, nous avons vu la cornée se flétrir du côté du strabisme.

2e *série* (exp. 9, 10 et 11).

Le cervelet et la moelle allongée ont été lésés en même temps ; les animaux ont tous succombé après vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, à ce genre de lésions.

Ces doubles lésions développent deux ordres de symptômes : les uns, symptômes dépendant du cervelet ; les autres, de la moelle allongée.

Nous ne reviendrons pas sur la description des premiers, les détails dans lesquels nous venons d'entrer pour la première série sont suffisants ; les seconds demandent une description spéciale et s'en distinguent nettement.

Nous n'avons pas rencontré d'altérations de la sensibilité ni des fonctions des organes des sens.

Les animaux urinaient involontairement et avaient des déjections alvines fréquentes.

Immédiatement après la piqûre, ils tombaient comme frappés de mort, et cette mort apparente durait quelques secondes.

Les mouvements convulsifs commençaient ordinairement douze heures après la piqûre ; la respiration était fréquente et anxieuse ; les vomissements paraissaient tantôt dès le début, tantôt au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, et ne se reproduisaient que rarement ; les mouvements de déglutition devenaient de plus en plus gênés ; l'animal se refroidissait, et mourait le deuxième ou le troisième jour après l'expérience.

(*A suivre.*)



Digitized by Google

CHRONIQUE DE L'HYPNOTISME

—

Un cas particulier de mutisme hystérique traité par l'Hypnothérapie (1),

Par le Dr Ringuier (de Zurich).

Nous empruntons à M. le Dr Ringuier (de Zurich) une très curieuse observation d'une jeune fille atteinte de mutisme hystérique. Notre collègue a employé le procédé hypnothérapique et a vu son traitement couronné d'un plein succès. Tout en insistant sur le côté hypnothérapique, qui est en somme le point qui nous intéresse au plus haut chef, nous n'en ferons pas moins ressortir quelques considérations ayant trait à la symptomatologie de l'affection. Et dans cet ordre d'idées, nous ne pouvons nous empêcher de dire que ce cas s'éloigne sensiblement de la description classique qu'a donnée de cette affection M. Charcot dans ses leçons (2).

En effet, d'après Charcot, le mutisme hystérique est accompagné, d'une façon *absolue*, d'aphonie qui constituerait d'ailleurs un des caractères les plus saillants du mutisme non organique. De plus, poursuit Charcot, ni l'agraphie, ni la cécité, ni la surdité verbales n'ont été jusqu'à présent observées, à moins qu'il ne s'agisse de l'aphasie organique. Or, dans l'observation que nous citons plus loin, il s'agit d'une jeune fille qui a perdu l'usage de la parole sans toutefois devenir aphone. Et si l'aphonie, comme dit Charcot, est l'impossibilité d'articuler à haute voix, la jeune fille en question, comme nous le verrons à l'instant, ne l'a certainement pas été. Mieux encore, la malade a su se faire un petit vocabulaire de mots, n'ayant à première vue aucun sens, et à l'aide desquels, tout en s'aidant de mimique, elle se mettait en rapport avec l'entourage.

Parmi ces mots bizarres prononcés à *haute* voix, il se trouve même le verbe « rester » qu'elle prononçait très convenablement et qu'elle avait ressaisi dans un moment de profonde excitation psychique (3), comme nous le verrons plus loin.

(1) Voir *Zeitschrift für Hypnotismus*. Berlin. Februar, 1834.

(2) Voir Œuvres de Charcot, t. III, leçon XXVIe, p. 422.

(3) Après Kussmaul (Troubles de la parole, 3e éd., page 62), Jackson a le premier fait remarquer que sous le coup d'une émotion profonde, les aphasiques peuvent souvent dire des mots. L'on peut donc être

Digitized by Google

Un point sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est l'agraphie et la cécité verbale qui ont accompagné l'aphasie chez la jeune malade.

M. Charcot dit, dans son 3e tome, que si l'on veut être édifié sur le caractère que présente l'aphasie d'une personne, on n'a qu'à lui donner de quoi écrire, et, s'il s'agit de l'aphasie non organique, elle exposera d'une seule haleine tout ce qu'elle voudrait vous expliquer à l'aide de mille contorsions et de mouvements bizarres qui constituent son langage mimé.

En partant de là, M. Charcot conclut que « le muet hystérique n'a rien (!) perdu de son éducation antérieure ». Or, chez notre jeune fille, tout était à recommencer.

M. Ringuier lui a en effet réappris petit à petit à lire et à écrire.

En voilà assez pour classer notre cas à part. Il nous démontre d'une façon toute péremptoire que la règle tracée par le Maître n'est pas absolue.

A ce propos, avant d'aborder l'observation qui nous a inspiré toutes ces réflexions, transcrivons la conclusion suivante de notre collègue :

La description que Charcot a faite du mutisme hystérique n'est donc pas absolument juste et le mutisme hystérique, quoi qu'il en dise, est passible de différentes modalités.

D'une façon générale, dans le cas d'hystérie, on ne peut pas poser de règles absolues, et quand on le fait, on risque de prendre les apparences pour des faits ; cela se présente parfois à la Salpêtrière. Bernheim l'a du reste suffisamment fait remarquer.

G. N.

privé de l'usage de la parole, mais non être absolument privé de la faculté d'articuler des mots à un moment donné.

Dans cet ordre d'idées, nous pourrions citer le cas d'une aphasique (vraisemblablement une hystérique) qui, à la vue d'un incendie, avait tout d'un coup recouvré la parole.

Wiedemeister cite une dame qui devint soudain muette le jour de ses noces, au moment où elle se levait de table pour partir en voyage avec son mari, et le resta jusqu'au jour où, à la vue d'une église en flammes, elle s'écria « au feu » ; depuis ce jour, elle a repris le libre usage de la parole.

On connait aussi cette vieille histoire de la guérison du fils de Crésus, qui était atteint de mutisme hystérique. Après la prise de Sardes par Cyrus, il vit un Perse se précipiter sur son père le sabre levé. Tout épouvanté, il s'écria : « Homme, ne tue pas Crésus ! » Il garda, paraît-il, le libre usage de la parole jusqu'à la mort.

Or, chez la jeune hystérique citée par M. Ringuier, la vue de l'incendie n'a pas eu un succès semblable.

Digitized by Google

A la fin du mois de décembre 1892, je me vis confier le soin de traiter une jeune fille de 12 ans qui, au dire de sa mère, ne pouvait plus parler depuis une peur qu'elle avait eue 15 mois auparavant. On avait essayé des traitements de toute espèce, mais sans aucun succès. Ce fut sur le conseil de M. le Professeur Forel, de Zürich, que l'on m'amena cette malade pour que je la traitasse par la suggestion. La mère me donna les renseignements suivants :

La malade est la quatrième de ses cinq enfants. Elle était venue au monde au 8e mois de grossesse. A l'âge de 3 ans, elle eut une pneumonie. A l'âge de 4 ans la rougeole et à 5 ans une amygdalite d'origine diphtérique. Malgré ces maladies, sa croissance n'a pas été arrêtée, et le développement de ses forces reprit son cours normal. Mais, si, au point de vue physique, elle paraissait saine et bien portante, l'état de son système nerveux n'en resta pas moins délicat et débile. Elle s'effrayait pour des riens, et montrait un caractère très tendre jusqu'à l'exagération, une sensibilité très marquée et une trop grande susceptibilité pour un enfant de son âge. Son amour pour ses parents et ses frères était sans bornes. Elle manifestait, d'autre part, une grande affection pour les animaux. A l'école elle était studieuse et obéissante. Mais toute douée qu'elle était de ces bonnes qualités, elle ne s'en montrait pas moins très indépendante. Elle allait souvent jusqu'à se livrer à des accès d'entêtement absolument puérils.

Il y avait vingt mois que son père était mort. Sa longue maladie (il était phtisique) et sa mort firent sur elle une impression profonde et influèrent beaucoup sur son état nerveux. Il ne se produisit cependant aucun changement dans sa faculté de la parole, mais son excitabilité s'accrut beaucoup. Malheureusement, il arriva peu après divers incidents qui ont préparé et amené l'affection que j'ai à soigner.

Elle vit jeter par la fenêtre d'une maison voisine un chat qui vint s'écraser sur le pavé. Cette vue l'émotionna très vivement au point d'avoir eu une crise nerveuse accompagnée de tremblements et d'accès d'angoisse.

A dater de ce moment elle s'effraya pour des riens.

Quelques semaines après cet événement, elle était allée jouer chez une de ses amies. Comme son absence se prolongeait, sa mère se décida à aller la chercher ; elle rencontre en route le frère cadet de la jeune fille qui lui cria en l'abordant : « Viens vite, mère, M... a eu une forte attaque, elle a aboyé comme un chien. » La mère trouva sa fille en proie à une crise violente, dont elle ne revint que lentement à elle-même Ses jambes étaient

Digitized by Google

comme paralysées, elle ne reconnaissait plus rien, ni les personnes qui étaient autour d'elle, ni l'endroit où elle se trouvait. La mère croit qu'elle a dû avoir une grande frayeur, car pendant plus d'un mois à dater de ce jour-là elle poussait des cris d'effroi dès qu'elle voyait quelqu'un, fût-ce même sa sœur ou son frère. Pour ce dernier, elle le contemplait avec étonnement, comme si elle eût voulu dire : « Comment cela se fait-il ? Il a pourtant encore son oreille. » Le bruit courut qu'on lui avait dit qu'un chien aurait sauté sur son frère et lui aurait mangé une oreille, ce qui aurait déterminé chez elle la violente crise nerveuse. Depuis cet événement elle a perdu l'usage de la parole. De plus, elle devint très excitée. On la traita tout d'abord par les douches et sous l'influence de ce traitement les attaques diminuèrent quelque peu avec le temps ; mais aucun traitement ne put lui rendre la faculté de la parole.

Elle comprend tout ce qu'on lui dit, mais depuis 15 mois elle n'a jamais pu arriver à parler. Elle s'est, il est vrai, fait depuis un vocabulaire à elle et en est arrivée à pouvoir employer ce vocabulaire. Tout en s'aidant des gestes, dans ses relations avec sa mère, son frère et sa sœur.

Voici ce vocabulaire. (La malade est de la Suisse Française.)

Mamandre	maman
Aouhad	moi-même
Dog	Monsieur
Dog-aouhad	son frère
Hue	joli.
Hue dog aouhad	son père
Hue ésêdre	Dieu
Ésêdre hue	c'est joli
Marmid	dame, femme
Marmid aouhad	sa sœur
Ésêdre bey	c'est laid
Dog bey	méchant homme
Dog mamandre	mon frère
Mamandre *rester*	chez mes parents
Aouhad *rester*	à Montreux (lieu où elle habitait)
Dog mamandre *rester*	à Vévey ou à Fribourg ou à Châtel

Dans cette dernière ville, elle avait des parents qu'elle allait souvent voir. Elle pouvait prononcer distinctement et à *haute* voix les mots composant ce petit vocabulaire. Le seul mot exact dont elle pût se servir était, comme on le voit, le mot « rester »,

Digitized by Google

et ce mot, au dire de sa mère, elle l'avait ressaisi dans un accès d'angoisse d'être reconduite à l'hôpital de X. pour y être soignée.

A l'examen, je trouvai une jeune fille bien développée pour son âge, mais d'une pâleur chlorotique. En dehors des symptômes habituels de l'anémie (peau pâle et laissant transparaître les veines, souffles anémiques au cœur et dans les vaisseaux, préférence pour certains aliments, constipation opiniâtre et maux de tête), je remarquai que la jeune fille rougissait pendant mon examen et s'excitait un peu quand je la questionnais.

Chez cette jeune fille un certain degré d'hystérie paraissait donc s'associer à l'anémie. Pressée de répondre oui ou non, elle cherche à remuer les lèvres, mais aucune parole ne sort de sa bouche ; elle se borne à hocher affirmativement ou négativement la tête. La mère, me communique-t-elle certains faits sur les personnes de la famille, elle s'arrête aussitôt et lui donne à entendre par des gestes expressifs que cela n'est pas convenable et que cela la contrarie. Son sommeil est agité et souvent troublé. On ne remarque chez elle ni anesthésies ni hyperesthésies.

J'ai résolu de la soumettre au traitement hypnothérapique.

Pendant trois semaines la malade fut hypnotisée régulièrement une fois par jour. Dès la première séance elle tomba dans la léthargie avec anémie parfaite au réveil. Les trois premiers jours, en la ramenant à l'état de somnambulisme, j'essayai de la faire parler, mais sans aucun succès.

Elle contractait les lèvres, elle rougissait et son visage prenait cette expression d'angoisse que l'on remarque chez les personnes recevant un ordre impossible à accomplir. J'ai changé alors mon système et j'essayai jusqu'au jour du nouvel an la suggestion « à échéance ».

Je lui ai suggéré, que ce jour-là elle se réveillerait guérie, pourrait de nouveau parler, comme elle le faisait avant d'être malade; de plus, qu'elle ferait même la remarque le jour de la Saint-Sylvestre, qu'elle allait beaucoup mieux.

En même temps je n'ai pas négligé son état général, dont je me suis proposé de traiter par le même procédé thérapeutique quelques symptômes alarmants, tels que inappétence, troubles gastriques, etc.

Pendant la nuit de Noël il se passa un événement qui eût pu agir de la manière la plus défavorable sur le résultat du traitement que j'avais adopté, et ce n'est que grâce au sommeil provoqué que je pus éviter tout accident. Cette nuit éclata un incendie qui détruisit deux maisons voisines de celle de la malade.

Digitized by Google

Lorsque vers une heure, au plus fort de l'incendie, j'allai chez ma malade, je la vis de la rue toute habillée à sa fenêtre et se remuant d'une façon inquiétante.

Je l'ai trouvée très agitée et tremblant de tout son corps. Je la fis mettre aussitôt au lit, je lui fermai les yeux et lui ordonnai de dormir ; elle tomba aussitôt dans le plus profond sommeil. Je lui donnai la suggestion de dormir jusqu'à une heure de l'après-midi du lendemain, de ne plus se souvenir, au réveil, de l'incendie, et lorsqu'elle en verrait plus tard le théâtre, de n'y donner aucune attention. M'étant bien convaincu qu'elle dormait d'un sommeil tranquille et profond, je la quittai. Je retournai chez elle le lendemain à une heure. Elle dormait encore et d'un sommeil aussi calme qu'après l'hypnotisation.

A une heure *précise* (1), elle se réveilla et ne parut plus rien savoir de l'incendie. Les jours suivants il en fut de même et cet événement parut être complètement effacé de sa mémoire et n'y avoir pas laissé la moindre trace.

Le jour de la Saint-Sylvestre je l'ai endormie et lui ai suggéré qu'elle pourrait dire correctement au réveil le mot « maman ». Elle prononçait ce mot, comme on l'a vu « mamandre ».

Et de fait, à son réveil, elle le prononça correctement en rougissant et en nous regardant tour à tour, sa mère et moi, d'un air étonné et joyeux. Je mis à profit ce moment favorable, et lui dis de répéter après moi d'autres mots. Elle y réussit aussi et au bout de cinq à dix minutes, elle arriva à les répéter correctement.

Elle commença par les prononcer d'une façon confuse, puis elle parvint graduellement à les prononcer distinctement et à haute voix. De temps en temps il lui arrivait de dire, au lieu du mot donné, un mot de son vocabulaire qui avait avec ce mot quelque analogie de son. Elle put bientôt aussi faire d'elle-même de courtes réponses à une question posée. Mais ayant écrit sur une feuille de papier un mot qu'elle ne put répéter de suite correctement je découvris qu'elle ne pouvait pas lire. Un examen approfondi me convainquit qu'il lui était impossible de reconnaître les lettres de l'alphabet et qu'il en était de même pour les chiffres. Je lui écrivis alors les lettres de l'alphabet sur une feuille de papier et les lui lut à haute voix une à une, en lui assurant avec conviction qu'elle les connaissait parfaite-

(1) Il nous a été donné très souvent d'observer des faits analogues à la Charité dans le service de M. le Dr Luys. Nous endormions une malade et lui ordonnions de se réveiller à telle ou telle heure. Fidèle à la consigne, elle se réveillait à la seconde indiquée. G. N.

Digitized by Google

ment. Ceci a pleinement réussi. La jeune fille réapprit ainsi ses lettres.

Il fallut agir de même pour les chiffres. Mais non content de lui apprendre à lire les lettres et les nombres, j'essayai de lui apprendre à les écrire. Ceci m'a été un peu plus difficile, mais elle y arriva tout de même.

La leçon avait pu durer environ deux heures. On doit remarque que ses premiers essais d'écriture réussirent beaucoup moins que les derniers.

Le premier janvier elle se réveilla très joyeuse et parla beaucoup. Elle était très gaie et semblait être moins prompte à s'exécuter ; de plus, il était visible qu'un changement complet s'était produit dans sa manière d'être. Au bout d'une semaine, la malade cesse d'être confiée à mes soins et je me vis ainsi forcé beaucoup plus tôt que je l'eusse désiré, d'interrompre le traitement qui, à mon avis, eut dû être continué encore quelque temps pour assurer sa guérison d'une façon complète.

Telle est l'histoire de la malade.

M. Ringuier termine cette observation en se résumant de la façon suivante :

Ma malade, dit-il, fut complètement guérie trois semaines après que je l'avais quittée. Elle recouvra entièrement la faculté de la parole. De plus en plus la cécité verbale a disparu chez elle, ainsi que l'agraphie. Ce brillant résultat, conclut-il, doit être attribué à la suggestion, laquelle, en tant que traitement, dans le cas que nous avons présenté, mérite que nous y insistions d'une façon toute particulière.

Cas de léthargie prolongée, devenant continue après avoir débuté par des accès ; histoire très curieuse d'une femme qui dormit presque la moitié de la vie,

Par le Dr Clarke (1).

Quoique cette observation soit très incomplète sous bien des points, je la cite néanmoins comme un document destiné à faire connaître une manière d'être spéciale du système nerveux et des conditions toutes particulières dans lesquelles il peut encore vivre.

La malade dont il est question était fille d'aliénés ; son père avait été atteint de mélancolie et sa mère avait plusieurs fois « perdu la raison ». Dans son enfance elle était bizarre et se plai-

(1) R. *Annales Médico-Psychologiques*, novembre et décembre 1893.

Digitized by Google

gnait de migraines. Mariée vers 18 ans, elle eut plusieurs enfants. Vers l'âge de 24 ans, elle commença à devenir plus étrange. A 28 ans, elle eut des accidents mal déterminés, à la suite desquels elle resta complètement paralysée du côté gauche. A 34 ans, elle eut des accidents convulsifs qui durèrent plusieurs jours. Six ans plus tard, elle en eut de nouveau, et cette fois elle resta malade deux ans, pendant lesquels elle fut sujette à des accès de stupeur profonde. Même chose se reproduisit un peu plus tard. Vers l'âge de 42 ans, elle eut une première attaque de léthargie qui dura environ sept ans, presque sans interruption. Un jour on lui annonça la mort d'un ami, et cette nouvelle la tira de sa torpeur. Pendant un laps de temps égal au temps de léthargie, elle alla assez bien et se remit à ses affaires et au soin de sa maison.

Mais elle avait la mémoire affaiblie, et ne se souvenait pas d'avoir été longtemps en état de sommeil. Les treize dernières années de sa vie se passèrent dans un état analogue, où le sommeil était presque constant, plus ou moins profond. La malade ne sortait de sa torpeur que pour manger, et se rendormait aussitôt après avoir fini. A plusieurs reprises elle eut des périodes de jeûne qui durèrent jusqu'à quinze jours. Elle satisfaisait machinalement aux besoins naturels quand on glissait un vase sous elle, et cependant elle n'était point gâteuse.

Pendant le jour, ses yeux s'entr'ouvraient quelquefois à demi. Mais elle paraissait inconsciente et ne disait jamais un mot.

C'est dans les derniers mois de sa vie que le Dr Clarke eut occasion de l'observer. Il examina aussi complètement que possible tout l'organisme.

La jambe du côté droit était un peu rigide, tandis que la gauche ne l'était pas ; c'était l'inverse pour les bras. Diminution des réflexes. Sensibilité cutanée presque nulle ; quand on chatouillait la plante des pieds, la respiration semblait s'accélérer un peu.

Son pouls était en général vers 110 ; elle avait une moyenne de 16 à 20 respirations. La température était normale.

Elle restait sur son lit dans la position où on la mettait ; comme elle ne demandait jamais la nourriture, elle eût pu mourir d'inanition, si on n'y avait pris garde. Ce qu'elle mangeait le plus volontiers, c'était du bœuf et des pommes de terre. Elle urinait fort peu, et n'allait du ventre que tous les trois jours à peu près.

Elle mourut après plusieurs jours de diarrhée abondante. L'autopsie ne fit découvrir de lésions appréciables dans aucun organe. Le cerveau pesait un peu plus de 1 kilogramme ; il paraissait

Digitized by Google

entièrement sain ; les circonvolutions étaient bien marquées et les sillons de bonne profondeur. On ne fit pas l'examen microscopique.

G. NATANSON.

Annales du journal l'Hypnotisme de Berlin.

SOMMAIRES DES ARTICLES DE L'ANNÉE 1893.

—

Janvier 1893.

1) Hypnotisme et suggestion par Bernheim (Nancy).

2) Un cas d'hypnothérapie avec les remarques sur l'apparition des symptômes hystériques par la présentation des choses contraires à la réalité (Fin), par Freud (Vienne).

3) Considérations sur les états passifs : le sommeil et les rêves, par Liébeault (Nancy).

4) Un cas de chirurgie du périnée.Maladie organique qui empêchait l'anesthésie par le chloroforme. Opération radicale et presque indolore sous l'influence de la suggestion en dehors de l'état hypnotique, par Renterghem (Amsterdam).

5) La suggestion comme moyen thérapeutique, par Corval (Baden-Baden).

6) *Comptes rendus.* Revue littéraire, par Moll (Berlin). Sur la valeur du traitement électrique dans le col des paralysies périphériques produites par la compression pendant le sommeil, par Delprat.

7) Petites communications variées : Sur la littérature du magnétisme par Forel.

8) Bibliographie. Correspondance.

Février 1893.

1) Considérations sur les états passifs : le sommeil, les rêves, (suite), par Liébeault (Nancy).

2) La suggestion en tant que traitement (suite).

3) Contribution à l'étude de la suggestion thérapeutique, par Scholz (Bremer).

4) La suggestibilité pendant la mélancolie, par de Jong (Haag).

5) *Comptes rendus.* Revue littéraire, par Moll (Berlin). Une étude expérimentale sur l'hypnotisme et quelques considérations sur la suggestion et sa valeur thérapeutique, par le professeur Dr Krafft-Ebing (de Vienne).

6) Bibliographie.

Digitized by Google

Juin 1893.

1) Deux cas dans lesquels le diagnostic chirurgical a été posé avec l'aide de l'hypnotisme, par Delbœuf (Liége, Belgique).

2) Contribution à l'interprétation physiologique de l'action de la suggestion, par Kochs (Bonn).

3) La double conscience dans la nouvelle pièce de Paul Londau, L'Autre, par Moll (de Berlin).

4) *Comptes rendus.* Revue littéraire, par Moll (de Berlin). L'hypnotisme, son interprétation et sa pratique au point de vue physiologique, médical et juridique, par Forel (suite).

5) Petites communications. Correspondance. Bibliographie.

Mars 1893.

1) Contribution à l'étude de la suggestion thérapeutique (fin), par Scholl (Bremen).

2) La suggestion en tant que traitement (suite), par Corval (Baden-Baden).

3) Considérations sur les états passifs : le sommeil et les rêves, (suite), par Liébeault (Nancy).

4) Chambège à la Cour d'assises de Constantine (Algérie), en 1888. Étude de psychologie criminelle, par L. Liégeois (Nancy).

5) *Comptes rendus.* Revue littéraire (par Moll, de Berlin). Sur les récents travaux électrothérapeutiques, par le Dr P. J. Moebius.

6) Varia (Correspondance).

Avril 1893.

1) Considérations sur les états passifs : le sommeil et les rêves, (suite).

2) Le cas de Chambège devant la Cour d'assises de Constantine (Algérie). Étude de psychologie criminelle, par Liégeois (Nancy) (fin).

3) La suggestion en tant que traitement (suite).

4) Accouchement à l'état d'hypnotisme, par Fatzel (Essen-sur-Rhin).

5) *Comptes rendus.* Revue littéraire (Moll) : L'hypnotisme, son interprétation et sa pratique au point de vue psycho-physiologique, médical et juridique, par Forel. Le sommeil hypnotique et la suggestion au service de la thérapeutique, par Ewald Hecker.

6) Communication, correspondance.

7) *Bibliographie.*

Digitized by Google

Mai 1893.

1) La suggestion en tant que traitement (fin).

2) Considérations sur les états passifs : le sommeil et les rêves (fin).

3) Communications diverses.

4) *Comptes rendus*. Revue littéraire, par Moll (de Berlin). Quelques considérations sur l'action de l'aimant sur le corps humain appuyés de documents de Charcot et de Babinsky.

5) *Bibliographie.*

Juillet 1893.

1) Contributions à l'étude de la psychothérapie de la suggestion, par Gerster (de Munich).

2) La suggestion et les maladies mentales, par Font (Zurich).

3) M. Strümpell et l'hypnothérapie, par Grussmann (Berlin).

4) *Comptes rendus.* Revue littéraire, par Moll (de Berlin). Sur la suggestion et sur les états suggestibles, par Schrenk-Notzing (Munich).

7) Bibliographie.

Août 1893.

1) La suggestion, spécialement la suggestion hypnotique ; son essence et sa valeur thérapeutique, par Grossmann (Berlin).

2) Un mot sur le nouvel ouvrage du Prof. D[r] Obersteiner, par Schrenk-Notzing (Münich).

3) *Comptes rendus*. Revue littéraire : Sur la suggestion et sur es états suggestibles,par Schrenk-Notzing (fin). Sur le mécanisme des phénomènes hystériques, par Breuer et Freud.

4) Communication. Correspondance. Bibliographie.

Septembre 1893.

1) De l'action suggestive dupronostic, par Weil (Berlin).

2) La suggestion, spécialement hypnotique ; son essence et sa valeur thérapeutique (fin), par Grossmann (Berlin).

3) *Comptes rendus*. La suggestion hypnotique en tant que application dans la menstruation, par Brunnberg (Upsala).

4) Communications, etc.

Octobre 1893.

Manque.

Novembre 1893.

1) Une considération sur le traitement de la neurasthénie par la suggestion, par Schrenk-Notzing (suite).

2) Un cas d'hypersécrétion stomacale guérie par la suggestion hypnotique, par Bergmann (Worms).

Digitized by Google

3) Guérison de la constipation rebelle par la suggestion, par Forel (Zürich).

4) *Comptes rendus.*

a) La femme, comme criminelle et prostituée, par Lombroso et Ferrero.

b) Expériences hypnotiques, par Krafft-Ebing.

c) Hypnotisme et double conscience. Origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues, par le Prof. Azam.

5) Communication. Correspondance. Bibliographie.

Décembre 1893.

1) Psychothérapie et l'asthme, par Brügelmann (Inselba).

2) Considération sur le traitement psychique de la neurasthénie (suite), par Schrenk-Notzing (Münich).

3) Revue littéraire, par Moll (de Berlin) : De l'étendue de l'action curative de l'hypnotisme, par Delbœuf (Liége); Le magnétisme animal, Paris 1889, du même auteur. L'hypnotisme et la liberté des représentations publiques, Liége, 1888, du même auteur. Magnétiseurs et médecins, Paris, 1850, du même auteur.

3) Communication. Correspondance. Bibliographie.

Octobre 1892.

1) L'étude de la suggestion et la science, par Forel (Zurich).

2) L'hypnotisme et le traitement par la suggestion, par Liébeault (Nancy).

3) Sur le sommeil artificiellement prolongé surtout pendant le traitement de l'hystérie, de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie, par Wetterstrand (Stockholm).

4) Congrès international de psychologie expérimentale, tenu à Londres du 1-4 août 1892. Compte rendu par Sperling (Berlin).

5) *Comptes rendus.* Le rapport à l'état d'hypnotisme. Recherches sur le magnétisme animal, par Moll (Berlin). La psychologie de la suggestion, par Schmidkunz.

6) Divers.

Novembre 1892.

1) L'étude de la suggestion et la science (suite).

2) Quelques considérations psychologiques sur l'hypnotisme, relativement à un cas de manie d'assassinat, guéri par la suggestion, par Delbœuf (Liége).

3) Un accouchement à l'état hypnotique, par Schrenk-Notzing.

4) Les lignes fondamentales de la psychothérapie, par Teden (Amsterdam).

Digitized by Google

5) *Comptes rendus*. L'hypnotisme et la suggestion, par Wundt.

6) Communication de Grossmann de Berlin sur la suggestion et la sécrétion du lait.

7) Divers.

Décembre 1892.

1) L'étude de la suggestion et la science (fin).

2) Quelques considérations psychologiques sur l'hypnotisme (fin).

3) Les lignes fondamentales de la psychothérapie (suite). La centralisation des fonctions psychiques.

4) *Comptes rendus*. Revue littéraire, par Moll (de Berlin). La valeur de l'hypnotisme dans l'alcoolisme chronique par Lloyd-Tuckey.

5) Divers.

NATANSON.

THÉRAPEUTIQUE PSYCHIQUE

Du traitement par l'hypnotisme et la suggestion,

Par C. LLOYD TUCKEY (1).

Traduction de l'anglais, par D. P. David.

Le livre du Dr Tuckey, comme le dit son traducteur, est un véritable traité didactique de la thérapeutique suggestive. Après un juste hommage rendu à M. Liebeault, de Nancy, le véritable créateur du traitement par la suggestion, M. Tuckey rapporte un certain nombre de faits intéressants prouvant l'influence de l'esprit sur le corps, puis il montre que cette influence prépondérante est augmentée par la concentration énergique de l'attention. L'auteur décrit ensuite en détail la clinique du Dr Liebeault et sa méthode suggestive, montrant à l'endroit du médecin de Nancy une grande admiration. Après avoir insisté sur les avantages du traitement psychique, M. Tuckey expose avec soin les dangers qu'il peut présenter ; il le compare à un remède ayant ses indications et ses contre-indications et pouvant devenir un véritable poison entre des mains inexpérimentées. Aussi voudrait-il que cet agent thérapeutique fût exclusivement réservé aux médecins et que les représentations publiques d'hypnotisme fussent interdites. Le sixième chapitre est une étude très soignée des phénomènes nerveux physiologiques et psychologiques

(1) La *France Médicale*, vendredi 3 novembre.

Digitized by Google

qui se rattachent à l'hypnotisme ; les diverses théories émises à ce sujet y sont exposées avec une grande clarté. Un chapitre spécial est consacré à une série d'observations heureusement choisies, les unes personnelles, les autres empruntées à divers auteurs. Enfin, dans un appendice, sorte de conclusion de l'ouvrage, M. Tuckey passe en revue les diverses méthodes et les diverses théories relatives à l'hypnotisme et les apprécie à leur juste valeur.

Cette rapide analyse suffit à faire voir que l'œuvre de M. Tuckey est très complète, très consciencieuse, aussi s'explique-t-on le succès qu'elle a obtenu surtout en Angleterre où il n'existait pas de travail d'ensemble sur l'hypnotisme considéré au point de vue thérapeutique.

Ch. Vallon,
Médecin de l'Asile d'aliénés de Villejuif.

Cas traités par la psychothérapie,

Par Lopez Villamonga.

Parmi les nombreux cas traités par l'hypnotisme et qui feront l'objet d'un travail ultérieur, l'auteur nous offre la primeur des suivants. I. *Paralysie incomplète des deux extrémités ; guérison avec une suggestion.* Cocher de 49 ans, qui, à la suite de rhumatismes, devient profondément anémique, avec des extrémités œdémateuses et incapables de tout mouvement. Une seule hypnose avec suggestion font disparaître, comme par enchantement, les troubles de la motilité. Les séances ultérieures furent *prophylactiques* seulement. — II. *Pleurodynie guérie par deux suggestions et cinq séances prophylactiques.* Homme de 40 ans, ayant souffert dans sa jeunesse d'attaques convulsives et d'asthme, neurasthénique, est atteint, à la suite d'un refroidissement, de phénomènes catarrhaux avec douleur au sommet de l'hypochondre gauche et d'attaques hystéro-épileptiques. La pleurodynie ne céda à aucun moyen thérapeutique. L'hypnose, avec suggestion ad hoc, fait disparaître et le point douloureux et les attaques hystéro-épileptiques. Quelques autres séances consolidèrent la guérison. — III. *Bégayement psychique et organique ; guérison par suggestion en dix séances.* Jeune homme de 18 ans, habituellement de bonne santé, est affecté d'imperfection du langage dès sa naissance et d'un état nerveux, ne lui permettant pas souvent d'articuler, saisi qu'il est d'une grande peur. La cavité buc-

(1) *Revista de ciencias medicas de la Habana,* avril 1892.

Digitized by Google

cale montre la langue normale, mais ne pouvant être détachée du fond de la cavité, vu son adhérence à celle-ci, de la base à la pointe. On avait affaire cependant à un psychopathe et le caractère du mutisme produit toujours par les impressions dont il pouvait être atteint, le prouvait péremptoirement. L'hypnose et la suggestion font disparaître, au bout de trois séances, le langage vicieux de l'intéressé. Sans prévenir celui-ci, M. Villamonga voulut, dans une de ces séances, détacher les adhérences de la langue par une intervention chirurgicale que ce malade ignorait totalement. Cette opération ne fut point faite et le sujet au réveil en parla, en demandant qu'elle se pratiquât, *qu'il ne sentait rien.* Sa volonté fut mise à exécution à l'état de veille : l'anesthésie était complète. — IV. *Mal de Parkinson.* Ancien marin de 49 ans est atteint à la suite d'une grande peur de paralysie agitante qui s'établit doucement et progressivement. Un traitement ioduré n'améliorant nullement la situation du malade, l'auteur se sert de la suggestion hypnotique. Une amélioration considérable est obtenue au bout de 25 séances hypnotiques; une planche reproduisant l'écriture du malade, au début et à la fin du traitement, met en relief cette amélioration. Le processus de cette affection semble donc être arrêté, d'après l'auteur, qui a eu l'occasion de revoir son malade, six mois après la suspension du traitement par l'hypnotisme.



Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement de la folie, par J. Luys (1).

Dans ce petit livre, présenté comme un résumé, et d'une lecture facile, l'auteur expose une série d'idées qu'il a été l'un des premiers à soutenir, et qui sont aujourd'hui généralement admises. Voulant établir que, dans ce domaine spécial de la pathologie humaine, les lois qui président aux opérations normales de l'organisme sont les mêmes que celles qui président aux déviations morbides, il met en relief l'action prépondérante que jouent dans le développement de la folie les influences héréditaires, et prouve que la folie est un événement préparé de longue date chez les prédisposés, n'attendant chez eux qu'une occasion pour éclater. « On a reconnu, dit M. Luys, que ces influences héréditaires ne se transmettent pas à la descendance avec leurs caractères propres intrinsèques, mais bien avec certaines modalités variables qui, sous des apparences polymorphes, présentent un air de famille qui les relie à la souche originelle. Ainsi, un individu halluciné ne donnera pas naissance à un individu halluciné semblable à lui : il pourra engendrer un épileptique, un hystérique, et, dans certains cas, donner naissance à des produits en apparence normaux, mais voués par leur insuffisance native à devenir des tributaires de la dipsomanie, de la morphinomanie et de toutes ces impulsions morbides qui ne sont que l'expression d'une imperfection primordiale native. »

En traitant des folies dites sympathiques, l'auteur expose la doctrine selon laquelle il existerait un certain nombre de troubles psychiques n'ayant pas leurs origines réelles primitives dans la trame intrinsèque du cerveau, mais bien dans les plexus sensitifs périphériques, dans les réseaux ultimes du sympathique viscéral, dont les souffrances secrètes détermineraient à distance des effets perturbateurs dans les réseaux de l'écorce cérébrale, au sein desquels chacun d'eux vient isolément apporter son contingent de sensibilité propre.

Enfin, dans une série de chapitres, l'auteur envisage l'homme en proie à la folie dans les différentes phases de la maladie qui le frappe, sa manière d'être dans l'asile, les soins qu'il sollicite au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, et montre, au point de vue du pronostic, les résultats qu'il faut attendre d'une thérapeutique bien dirigée.

Avec raison, M. Luys s'élève contre l'abus des douches froides dans le traitement des formes aiguës de la folie, tout en montrant l'utilité pratique de la réfrigération céphalique pour combattre l'hyperthermie des centres nerveux. Il montre en même temps ce que l'on peut espérer des méthodes de traitement dérivées de l'hypnotisme, à savoir la suggestion et l'application sur la tête de couronnes aimantées, procédé qui donnerait de bons résultats dans les psychoses greffées sur les sujets hystériques (2).

(1) Un vol. in-16 de 334 pages. Paris, Rueff, 1893.
(2) *La Revue Scientifique*, 17 février 1893.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DU CUBAGE RAPIDE COMPARATIF

DE LA TÊTE HUMAINE,

Par M. J. Luys.

Je présente à la Société (1) une série de petits cubes de bois, d'inégal volume, qui représentent le cubage de la tête humaine en proportion de la taille chez différents sujets.

C'est une mensuration crânienne applicable à l'anthropologie générale et à la pédagogie.

Pour employer utilement les procédés de mensuration céphalique que j'indique, il est indispensable de se servir des instruments céphalométriques spéciaux que j'ai inventés, et dont la description ainsi que le mode d'emploi ont été indiqués avec planches, dans la série d'articles que j'ai publiés dans le journal *l'Encéphale* (2). On y verra la façon de prendre avec mes instruments le diamètre antéro-postérieur, le diamètre transversal et le diamètre vertical du cerveau sur le vivant.

Ces dimensions étant obtenues et reportées sur un cube

(1) Société de Biologie, séance du 24 février 1894.

(2) Recherches sur les mensurations de la tête, à l'aide de nouveaux procédés céphalométriques, par J. Luys, journal *l'Encéphale*, 1886, p. 640.

Digitized by Google

de bois, on obtient ainsi d'une façon synthétique le volume de l'ovoïde crânien et, comme les procédés employés pour opérer sont identiques, on prend ainsi des échantillons comparables du volume de chaque tête.

Pour éviter, si l'on veut se faire une collection abondante d'échantillons de ce genre, d'avoir trop d'encombrement, on peut réduire la longueur de chaque diamètre de moitié, et l'on obtient ainsi des réductions toujours comparables, le diamètre 19, par exemple, étant réduit à 9,50 et ainsi des autres.

Il est indispensable de prendre la taille, la nationalité, l'âge et le sexe du sujet, car cela permet de juger ainsi rapidement une série de types humains de différents sexes, de différentes races, et de différents âges.

Au point de vue pédagogique, on comprend les avantages que ce nouveau procédé de mensuration céphalique peut avoir.

Il permet, à l'aide d'un examen annuel fait sur une série de sujets de même âge, de suivre le développement de la tête en rapport avec le développement de la taille, et de reconnaître ainsi rapidement, si c'est la taille ou la tête qui se sont inégalement développés ou si le développement a été égal ? — à quelle époque de la vie la croissance cérébrale est-elle la plus active ? et je dirais même, on pourrait dans chaque lycée, faire des tableaux chronologiques du développement physique de chaque sujet, — en prenant à l'arrivée de chaque promotion l'étiage céphalique de chaque élève, et le suivant d'années en années jusqu'à sa sortie.

Ce serait un moyen utile de se rendre compte des effets de la culture cérébrale sur le cerveau des individus éduqués et, comparativement de répéter les mêmes opérations chez les sujets non soumis aux mêmes influences éducatrices. On pourrait ainsi juger la valeur réelle des procédés pédagogiques employés.



Digitized by Google

LES AFFECTIONS CÉRÉBRALES

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME (1)

Tout d'abord, rapportons la communication du professeur Masse (de Bordeaux) sur la topographie cranio-encéphalique. Notre compatriote trace deux lignes, l'une supérieure et antéro-supérieure qu'il appelle le *méridien crânien* passant par l'ophryon, le bregma et l'inion ; l'autre horizontale, appelée l'*équateur crânien*, passant par l'ophryon au-dessus de l'attache crânienne du pavillon de l'oreille et au-dessus de l'inion.

A la suite d'expérimentations nombreuses, M. Masse est arrivé à trouver des nombres fractionnaires décimaux, qui expriment les relations constantes qui existent entre ces lignes et les segments de cercle qui les coupent, soit directement, soit par prolongement.

Il a pu constater qu'il suffit de connaître ces nombres fractionnaires pour pouvoir déterminer avec exactitude à l'aide de simples mensurations faites avec un ruban métrique sur des têtes de différentes formes et de différentes dimensions, la direction des sillons de Rolando et des scissures de Sylvius.

Ses conclusions sont les suivantes ; il faut prendre les 53 p. 100 du méridien crânien, à partir de l'ophryon, pour déterminer la situation exacte de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

On trouve la direction de ce sillon en déterminant un point sur l'équateur crânien au 42 p. 100 de la distance qui sépare sur cette ligne l'ophryon de l'inion. Sur cette ligne rolandique, l'extrémité inférieure du sillon de Rolando se trouve, de haut en bas, au 67 pour 100 de la ligne totale.

La scissure de Sylvius coupe l'équateur crânien au 32 p. 100 de la distance qui sépare horizontalement l'ophryon de l'inion.

On trouve la direction générale de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius en déterminant sur le méridien

(1) *Gazette des hôpitaux*, 2 avril 1894.

Digitized by Google

crânien un point situé sur le prolongement de cette ligne qui se trouve au 79 p. 100 du méridien crânien, mesuré à partir de l'ophryon.

L'extrémité postérieure de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius se trouve en moyenne au 48 p. 100 de la ligne sylvienne, mesurée de bas en haut et d'avant en arrière.

Sur une tête préalablement rasée, on tracera facilement au crayon fuchsiné un méridien et un équateur crânien. Grâce aux mensurations de ces lignes, à l'aide de simples règles de proportion, on tracera les lignes rolandiques et sylviennes à l'aide desquelles on sera toujours en mesure d'établir la situation exacte des différents centres de localisation sur lesquels on aura à diriger une action chirurgicale. Les ventricules cérébraux et les ganglions crâniens se trouveront au-dessous d'un arc de cercle décrit concentriquement au méridien crânien, avec le conduit auditif comme centre et un rayon égal à la moitié de la distance auriculo-bregmatique.

C'est là un procédé nouveau et ingénieux de mensuration, que le chirurgien ne manquera pas d'utiliser, ne fût-ce que pour contrôler les tracés obtenus à l'aide d'autres méthodes.

Dans le même ordre de communications, il faut ranger une étude clinique sur 64 cas de trépanation du crâne pratiqués par le docteur Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Voici le résumé de cette communication :

Sur 64 opérations, 10 ont été faites peu après un traumatisme et ont montré les résultats très satisfaisants de la trépanation avec suites secondaires irréprochables. Un des malades a été suivi dix-neuf ans. Trois morts ont été observées chez des sujets agonisants au moment de l'intervention.

Les 54 opérations faites en dehors du traumatisme n'ont également fait observer de mort que chez des sujets en très mauvais état, presque à l'agonie, sauf dans 2 cas ; 1 cas d'énorme tumeur cérébrale et 1 cas de péri-encéphalite diffuse avec épilepsie jacksonnienne. Les 5 autres sujets avaient été opérés dans l'état le plus grave. Total des morts, 7.

Digitized by Google

Les 54 opérations, en dehors du traumatisme, se subdivisent ainsi :

Épilepsie vraie, 14 cas ; épilepsie partielle jacksonienne, 12 cas ; épilepsie d'origine traumatique, 6 cas ; troubles cérébraux divers, vertiges, douleurs, bruits intra-crâniens, paralysies diverses, etc., 22 cas.

L'épilepsie vraie a donné de meilleurs résultats au chirurgien de Saint-Louis qu'à beaucoup d'observateurs. Il a pu, dans quelques cas, suivre des guérisons apparentes deux années dans 1 cas. Dans 12 cas, il a observé des améliorations à des degrés divers ; dans 2 cas, il n'a eu aucun résultat apparent, et dans l'un des deux, il y a eu un court accès d'aliénation peu de semaines après.

L'épilepsie d'origine traumatique, 6 cas, ne lui a donné de très bons résultats que dans 3 cas ; aucune mort.

L'épilepsie jacksonienne, 12 cas avec 6 morts, ne lui a pas paru donner, au point de vue des indications de la trépanation, les résultats admis généralement.

L'épilepsie jacksonienne, sans paralysie, s'est rencontrée avec des lésions énormes et éloignées des centres, tumeurs cérébrales, hémorragies, méningites, etc.

Le chapitre des troubles cérébraux divers qui réunit 22 cas avec 1 mort mène à quelque conclusion intéressante.

Toutes les fois que le phénomène douleur nous a dirigés, les résultats ont été très satisfaisants.

Il en a été de même du symptôme vertige.

Les monoplégies ont donné un élément de direction très satisfaisant.

Le cas de mort observé est un cas d'hémorragie cérébrale avec hémiplégie incomplète, sujet à peu près dans le coma.

Les lésions qui ont donné des guérisons satisfaisantes ont été un cas d'hémorragie cérébrale limitée, un cas de lésion syphilitique et surtout des cas d'encéphalite superficielle d'origines diverses.

Les cas de péri-encéphalite en relation avec un traumatisme plus ou moins ancien, même peu violent, paraissent un excellent terrain pour les opérations. M. Just Lucas-Championnière a obtenu la guérison ou l'amélioration de sujets paraissant voués à des accidents cérébraux incurables.

Digitized by Google

La chirurgie cérébrale montre une action manifeste des opérations, non seulement quand il est possible de découvrir exactement une lésion localisée, mais elle montre une action peut-être plus puissante encore en déterminant des phénomènes de décompression cérébrale. On en peut tirer un très grand parti en intervenant de bonne heure pour les lésions diffuses qui succèdent au traumatisme, mais on peut en tirer un parti considérable aussi dans le traitement de lésions non traumatiques dans lesquelles la compression intra-crânienne joue un rôle considérable (épilepsie, périencéphalite, etc.)

On a sans doute fait déjà des tentatives de ce genre. Cette note est destinée à faire persévérer dans cette voie.

Ces opérations montrent la voie à suivre pour l'intervention dans les maladies cérébrales. Elles permettent de penser que, si nous sommes loin encore du traitement de la folie par la trépanation, au moins devons-nous nous engager activement dans le traitement chirurgical de certains accidents. »

M. Lavista (de Mexico) a observé plusieurs cas de tumeurs cérébrales ; il ne compte, en dehors des kystes, aucun cas de guérison à la suite de l'ablation des tumeurs proprement dites. La trépanation, même exploratrice, n'est pas une aggravation, c'est plutôt un soulagement surtout pour les tumeurs superficielles. Mais, pour avoir des chances de guérison, il faut intervenir de bonne heure, avant qu'il y ait des lésions de dégénérescence secondaire.

Parmi les cas de tumeurs cérébrales qu'il a pu observer, un des plus curieux se rapporte à un jeune homme qui, après une extirpation trois fois réitérée d'une volumineuse tumeur conjonctive de l'épaule, présenta des accidents d'encéphalite aiguë, compliquée de phénomènes épileptoïdes et de paralysie du moteur oculaire commun du côté droit suivie rapidement d'un état comateux. Soupçonnant l'existence d'une tumeur cérébrale située sur la couronne rayonnante et envahissant la capsule interne, M. Lavista procéda immédiatement à la trépanation crânienne et put, en effet, enlever très facilement un néoplasme qui avait les dimensions d'un œuf de poule et occupait le point qu'il lui avait

Digitized by Google

assigné. Son opéré succomba malheureusement à des manifestations cancéreuses du côté de l'estomac.

M. Bruno (de Valence) a découvert un symptôme, non encore relaté, sous la dépendance d'une lésion du cervelet. Ce symptôme marque les rapports de conduction qui relient le cervelet à la rétine, il s'agit d'une *hémianopsie homonyme* localisée dans le quadrant supérieur droit de chaque champ visuel, et consécutive à un abcès localisé dans l'hémisphère gauche du cervelet, intéressant aussi, sur 1 millimètre d'épaisseur, la partie correspondante de la paroi du vermis supérieur, ainsi qu'on a pu le constater à l'autopsie. L'hémianopsie s'était développée six mois après les premiers symptômes, qui consistaient en troubles de la déambulation.

M. Bozzolo (de Turin) fait une communication sur les *phénomènes nerveux qui s'observent au cours de méningites infectieuses*. Il leur reconnaît plusieurs variétés suivant la qualité et surtout la topographie cérébrale du virus sécrété. D'une façon générale, M. Bozzolo prétend que, dans la méningite tuberculeuse, les symptômes dépassent notablement la gravité des lésions anatomiques, tandis que, au contraire, dans la méningite à pneumocoques, c'est à peine si les symptômes sont en rapport avec l'intensité des lésions.

Nous suivons avec intérêt le médecin italien tant qu'il cherche à faire le diagnostic des différentes formes de méningite. Nous sommes encore de son avis quand il recommande l'examen bactériologique du sang comme moyen de diagnostic. Mais nous cessons de le suivre lorsqu'il recommande la ponction de la cavité arachnoïdienne pour permettre l'examen bactériologique et les cultures des microbes pathogènes. Curiosité de savant et de bactériologiste que le clinicien et le thérapeute ne sauraient approuver.



Digitized by Google

RECHERCHES

SUR LA

PHYSIOLOGIE & LA PATHOLOGIE DU CERVELET

Par les Drs Manuel Leven et Auguste Ollivier (1).

Pathologie. (*Suite*).

§ IV. — Les maladies du cervelet développent dans cet organe des lésions qui ne doivent pas être entièrement comparées à celles que produit le physiologiste avec son scalpel : celles-ci, comme nous l'avons vu, guérissent spontanément et permettent d'étudier la symptomatologie des lésions propres à cet organe.

Les affections pathologiques du cervelet amènent presque fatalement la mort après un temps indéterminé, quelques heures, quelques semaines, des mois ou même des années.

Un tubercule d'un très petit volume n'éveille qu'un ordre de phénomènes qui appartiennent au cervelet lui-même ; mais, à la longue, ce tubercule provoque des congestions, des hémorrhagies, des ramollissements cérébelleux, etc., de telle façon que le cervelet, dont le volume est augmenté, vient à comprimer la moelle allongée, et alors la symptomatologie propre au cervelet se complique d'un ensemble de symptômes, résultat de cette compression.

Ce mélange de symptômes a amené une bien grande confusion dans la pathologie cérébelleuse ; cependant, pour peu que l'on s'aide des données physiologiques que nous avons établies dans le paragraphe précédent, on retrouve dans les observations les mêmes faits qu'en physiologie, et le désaccord apparent entre la physiologie et la clinique cesse d'exister.

Nous avons fait le relevé des principales observations insérées dans les journaux, traités, etc., et nous nous en servirons pour établir la symptomatologie des affections cérébelleuses.

Ces observations se divisent en deux séries : la première comprend celles dans lesquelles le cervelet et la moelle allongée sont pour ainsi dire atteints tout à la fois ; la mort arrive alors subitement, ou au bout de quelques heures ou de quelques jours seulement ; la seconde série comprend celles dans

(1) *Archives générales de médecine*, nos de novembre 1862 et suivants.

Digitized by Google

lesquelles la maladie, d'abord limitée au cervelet, ne se complique que consécutivement de compression de la moelle allongée. Ces deux phases de la maladie sont nettement tranchées par la symptomatologie.

Les maladies du cervelet ne sont jamais suivies de mort ; elles n'ont point de gravité par elles-mêmes, elles n'en acquièrent que par le voisinage de la moelle allongée.

Symptomatologie. — Système nerveux. Les *fonctions psychiques* ne sont pas altérées par les affections du cervelet ; ce n'est qu'aux dernières heures de la vie que l'intelligence se trouble, alors que la respiration, la circulation, commencent à être profondément gênées.

Sensibilité. La sensibilité générale reste intacte ; les malades ressentent ordinairement, dès le début, des vertiges, une céphalalgie occipitale le plus souvent, rarement frontale.

Motilité. Les troubles du mouvement constituent le symptôme capital des lésions cérébelleuses, lequel est sous la dépendance immédiate du cervelet, organe de mouvement.

On constate tantôt une hémiplégie croisée (l'hémiplégie directe est rare), tantôt des mouvements de rotation, de manège, la tendance irrésistible à être entraîné d'un côté, le tremblement généralisé, ou plus souvent de l'affaiblissement musculaire ; le malade ne peut faire quelques pas sans tomber ; la station, la marche, sont difficiles ou impossibles. Quand la station est impossible, le malade, étendu dans son lit, peut encore lever le bras, la jambe, et faire un mouvement volontaire et régulier pour saisir un objet avec la main : quelquefois même il est incapable de se tenir assis dans son lit. C'est à tort que les auteurs ont dit qu'il n'y avait pas paralysie de la motilité dans ces cas. La motilité est tellement affaiblie que la station même est devenue impossible.

Les mouvements de l'œil sont pervertis également par les affections cérébelleuses, et les muscles extrinsèques et intrinsèques du globe oculaire sont atteints.

Le strabisme simple ou double, le plus souvent croisé, la dilatation ou la contraction pupillaire portée aux dernières limites, l'amblyopie et l'amaurose, sont des phénomènes les plus fréquents. Quelle est la nature de cette amaurose ? comment la rattacher à une lésion du cervelet, organe de mouvement ? C'est là un problème dont nous n'avons pas encore la solution. Du reste, nous parlerons plus loin de l'altération des fonctions visuelles. Les opacités de la cornée ont été aussi

Digitized by Google

constatées dans quelques cas. Un dernier symptôme, également très fréquent, est le trouble des mouvements de la langue : le malade parle avec lenteur, bien que doué de toute son intelligence ; il a conscience de la lourdeur de sa langue, et, vers la fin de la maladie, il est quelquefois devenu incapable d'articuler une syllabe.

En résumé, les symptômes sont la céphalalgie, les troubles du mouvement qui frappent les muscles des membres, ceux intrinsèques et extrinsèques du globe oculaire, ceux de la langue, et l'amaurose.

Organes des sens. L'œil seul, de tous les organes des sens, est atteint par les affections du cervelet. Nous avons parlé plus haut du strabisme, de la dilatation pupillaire, etc. ; nous ne noterons ici que l'amblyopie et l'amaurose, tantôt simples, tantôt doubles, le plus souvent croisées. Le malade s'aperçoit, dès le début, de l'affaiblissement de la vue, qui augmente sans cesse. L'amaurose reste parfois, jusqu'à la fin, le seul symptôme de l'affection cérébelleuse ; elle n'est produite ni par la compression des tubercules quadrijumeaux, ni par l'atrophie des nerfs optiques ; aucune donnée de l'anatomie pathologique ne peut jusqu'ici nous en expliquer les causes (1).

(1) Dans un remarquable rapport lu à la Société anatomique, M. Vulpian cite quelques cas d'amaurose produite par des tubercules du cervelet. A ce sujet, l'habile physiologiste discute de la manière suivante les diverses hypothèses qui ont été émises pour rendre compte de cette amaurose.

« M. le professeur Andral, frappé de cette manifestation singulière qu'il observait chez une femme atteinte de ramollissement du cervelet, se demande si ce fait ne pourrait pas s'expliquer par les rapports anatomiques établis entre le cervelet et les tubercules quadrijumeaux, à l'aide des prolongements connus sous le nom de *processus curebelli ad testes* (*Clin. méd.*, t. V, p. 644) : cette opinion me paraît très attaquable. Si l'amaurose était due à ces rapports anatomiques, elle devrait s'observer dans la plupart des cas de maladies du cervelet et dans les expériences : or il n'en est pas ainsi, comme je l'ai dit plus haut ; et d'ailleurs une tumeur ou un ramollissement siégeant dans un des lobes du cervelet devrait toujours ne paralyser la vue que d'un des deux yeux, car les deux *processus* sont indépendants l'un de l'autre. J'ajouterai que ces rapports des *processus* avec les tubercules ne sont que des rapports de contact, et qu'il n'est pas prouvé qu'une partie de leurs fibres entre dans la composition de ces corps.

« M. Longet propose une autre hypothèse. On connaît l'influence remarquable de la cinquième paire sur la vision par les expériences de Magendie ; or la cinquième paire a des connexions intimes avec les pédoncules cérébelleux moyens, et il ne serait pas impossible qu'une altération de la substance du cervelet eût, par le moyen de ces pédoncules, un retentissement sur les fonctions des nerfs trijumeaux.

Digitized by Google

Les seuls phénomènes qui relèvent directement de la lésion cérébelleuse sont le strabisme, la dilatation pupillaire, la contraction pupillaire, etc. (1).

Les symptômes tirés des organes digestifs, respiratoires et circulatoires, sont indépendants du cervelet, et ne sont provoqués que par le voisinage de la moelle allongée.

Les vomissements sont un symptôme du début ou de la fin de la maladie, et d'un pronostic toujours grave.

La respiration stertoreuse, l'irrégularité du pouls, sont des phénomènes ultimes ; les syncopes répétées annoncent la compression de la moelle allongée.

§ V. — *Observation.*

Première série. Observation I. — Le nommé G..., âgé de 15 ans, éprouve depuis trois mois une céphalalgie frontale ; les

« On peut faire à cette supposition les mêmes objections qu'à celle de M. le professeur Andral. Le pont de Varole a quelques connexions avec les troncs de la cinquième paire, mais elles sont très faibles et ne suffisent pas pour qu'une lésion des pédoncules moyens du cervelet puisse troubler en rien les fonctions des trijumeaux.

« En dehors de ces deux opinions, on pourrait admettre une compression des tubercules quadrijumeaux par le lobe cérébelleux, dont le volume peut se trouver considérablement augmenté par la tumeur qui s'y est développée. Cette explication serait peut-être la plus satisfaisante, l'amaurose ne s'était jamais produite que dans des cas d'accidents volumineux, et dans tous les cas de ce genre. Mais il n'en est pas ainsi : l'amaurose s'est montrée chez des individus dont le cervelet avait ses dimensions normales (ceux où elle a accompagné un ramollissement ou un ancien foyer hémorrhagique par exemple), et la vue est restée intacte chez des sujets qui, à l'autopsie, offraient d'énormes tumeurs du cervelet.

« Il ne reste que deux hypothèses à faire : ou bien l'amaurose des affections cérébelleuses est due à des lésions sans traces, altérant les fonctions des parties centrales du cerveau où les nerfs optiques vont porter les impressions de la rétine ou des nerfs eux-mêmes ; ou bien la perte de la vue est un trouble sympathique, analogue à ces dérangements sympathiques de l'estomac qui produisent si fréquemment des nausées et des vomissements dans le cours des maladies, et surtout des tumeurs de l'encéphale. » (*Bull. de la Société anat.*, 1855, p. 22.)

M. Brown-Séquard (*Journal de physiologie*, 1861) admet, comme M. Vulpian, que l'amaurose ne dépend pas d'une pression exercée sur les tubercules quadrijumeaux.

(1) Les physiologistes n'ont pas rencontré l'amaurose jusqu'ici dans leurs expériences ; mais elle est si fréquente, qu'elle doit être classée parmi l'un des symptômes principaux de toute lésion cérébelleuse. Il y a entre les mouvements de l'œil et le cervelet des relations dont la physiologie rend compte ; la science expliquera peut-être plus tard le fait si singulier de l'amaurose.

Digitized by Google

douleurs augmentent sans cesse, la vue s'affaiblit, un nuage enveloppe les objets que le malade a devant les yeux ; la marche devient embarrassée ; il ne peut faire un pas sans être appuyé sur un bras étranger. Il est transporté et examiné à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Etat actuel. La pupille est dilatée, la vision de l'œil gauche est entièrement abolie, les jambes fléchissent ; il craint sans cesse de tomber et est porté inévitablement à gauche. Cinq jours après l'entrée à l'hôpital, surviennent des vomissements ; l'intelligence et la sensibilité intactes jusqu'à la fin. Mort dans le coma.

Autopsie. Granulations tuberculeuses dans le lobe cérébelleux gauche ; hémorrhagie récente dans les deux lobes cérébelleux, plus étendue à droite qu'à gauche. Les membranes du cerveau et du cervelet n'offrent rien d'anormal ; le cerveau est intact. (M. le Dr Fleury, de Clermont, *Monit. des hôp.*, 1856.) (1).

On doit distinguer deux périodes dans cette maladie ; dans la première, le lobe gauche du cervelet est infiltré de granulations tuberculeuses ; les symptômes qui se rapportent à cette lésion sont la céphalalgie, la dilatation pupillaire, l'amblyopie de l'œil droit, l'amaurose de l'œil gauche, la marche difficile et une tendance irrésistible à être porté à gauche. Dans la seconde période, survient une hémorrhagie cérébelleuse double, considérable. Les phénomènes de cette période sont les vomissements et le coma ; sa durée est d'une heure, tandis que la première a duré des mois.

Les symptômes de la lésion cérébelleuse et ceux qui doivent être rapportés à la compression de la moelle allongée sont nettement tranchés dans cette observation. La lésion cérébelleuse est indiquée par les phénomènes observés dans la première période, et la compression de la moelle allongée par ceux de la seconde période.

Les réflexions précédentes pourront être appliquées aux observations qui suivent.

Obs II. — J....., âgé de 15 ans, est malade depuis deux ans. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il a eu quelques vomisse-

(1) Dans les observations suivantes, l'intelligence et la sensibilité n'étaient altérées que quand des parties de l'encéphale autres que le cervelet étaient lésées. Nous n'insisterons plus dorénavant sur l'absence de troubles de ces deux grandes fonctions du système nerveux dans les affections cérébelleuses simples.

Digitized by Google

ments. Il se plaint d'une vive céphalalgie occipitale qui persiste et revient par accès. L'amblyopie a débuté en même temps que la céphalalgie. Le malade ne peut à peine se tenir debout ; la marche est difficile ; vue assez nette de l'œil droit, l'œil gauche est frappé d'une amaurose presque complète ; les deux yeux sont déviés à gauche ; vertige et tendance à la rotation de droite à gauche ; légère hémiplégie fasciale droite. La sensibilité et l'intelligence ne sont pas altérées. Plusieurs accès épileptiformes ; mort après cinquante-trois jours.

Autopsie. Le lobe droit cérébelleux est volumineux et ramolli dans ses couches superficielles. Tumeur tuberculeuse dans ce lobe, irrégulière, adhérente à la dure-mère, s'arrêtant à une très petite distance à gauche du plan médian vertical, du volume d'un œuf de poule. Le lobe gauche est sain. Sillon médian du plancher du quatrième ventricule un peu dévié à gauche ; ramollissement prononcé de la moitié droite de ce plancher. Tubercules au sommet des poumons. L'auteur fait remarquer que les tubercules quadrijumeaux n'étaient pas comprimés. (M. Vulpian, *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 1861.)

Obs. III. — R....., âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 5 janvier 1838. La vue est affaiblie depuis trois mois. Lors de l'entrée à l'hôpital, céphalalgie occipitale continue, fascies amaurotique, pupilles dilatées. L'intelligence et la sensibilité sont intactes ; à la fin de la maladie, cécité complète ; syncopes répétées ; mort.

Autopsie. Tubercule volumineux dans le lobe cérébelleux gauche. Autour de ce tubercule la substance cérébelleuse est ramollie. (M. Payan, d'Aix, *Gaz. hebdom.*, 1841.)

Obs. IV. — Femme de 28 ans, souffrant depuis quinze jours de céphalalgie. Elle a depuis son enfance un écoulement purulent de l'oreille. La marche est pénible ; la pupille droite est de temps en temps plus dilatée que la gauche. Vomissements. Léger délire dans les deux derniers jours ; la tête est renversée en arrière ; mort.

Autopsie. Collection de pus verdâtre dans le lobe cérébelleux gauche ; le lobe cérébelleux droit est sain. Rien dans le reste de l'encéphale. (M. Dupuy, *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 1857.)

Obs. V. — Sujet de 38 ans, qui éprouve depuis quelque temps de fréquents étourdissements. La vue s'affaiblit graduellement ; les membres et surtout ceux du côté droit sont pris de mouve-

Digitized by Google

ments convulsifs ; syncopes répétées ; perte de connaissance, résolution musculaire ; respiration stertoreuse ; mort.

Autopsie. Le lobe droit du cervelet est presque entièrement détruit par une tumeur fibreuse. (*Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 1850.)

Obs. VI. — Homme de 65 ans, éprouvant depuis longtemps des tressaillements dans les membres inférieurs qui s'affaiblissent de plus en plus ; mort subite.

Autopsie. Ramollissement de la totalité du cervelet. (Robert Blanchi, *Gaz. hebd.*, 1855.) (1).

Obs. VII. — R....., âgé de 19 ans, voit double à une certaine distance et nettement quand les objets sont rapprochés. Les pupilles sont énormément dilatées et d'une manière permanente ; les yeux fixes ; la vision s'affaiblit peu à peu ; le malade ne perçoit plus les objets qu'à la distance d'un mètre ; il est incapable de se tenir assis dans son lit. Les membres supérieurs sont affectés de tremblement. Une syncope survient dès qu'il cherche à s'asseoir ; sa tête reste immobile, il répond nettement aux questions ; mais, dès qu'il la tourne ou qu'il suit du regard un objet promené devant ses yeux, son intelligence semble se troubler. Les mouvements des bras et des jambes sont singulièrement affaiblis ; la parole est lente et embarrassée, la sensibilité intacte.

Autopsie. Dans le lobe cérébelleux droit, tumeur tuberculeuse du volume d'une noix. Autour de la tumeur le tissu est ramolli. Le lobe gauche et le cerveau sont sains. (M. J. Worms, *Bull. de la Soc. anat.*, 1862.)

Obs. VIII. — Jeune femme prise, en 1853, de syncopes répétées et de vomissements ; elle garde le lit pendant quelques jours. Quand elle se leva, la marche était devenue chancelante. En décembre 1854, céphalalgie occipitale vive. La malade ne pouvait marcher sans s'appuyer sur un bras étranger. Intelligence et sensibilité intactes. En 1855, mouvements convulsifs ; mort.

Autopsie. Dans la partie centrale du cervelet, caillots anciens, durs, du volume d'une grosse noix, enkystés. (Le professeur Childs, de New-York, *Union méd.*, 1858.)

(1) Les troubles de la moitilité dans les membres inférieurs sont le seul symptôme de la lésion cérébelleuse dans ce cas particulier. Cet ordre de faits n'en a pas moins son intérêt au point de vue de la symptomatologie générale des affections du cervelet.

Digitized by Google

Obs. IX. — I. F....., âgé de 5 ans, est pris, le 26 novembre 1855, de symptômes abdominaux ; amaigrissement. Le 16 juillet, regards anxieux, balancement de la tête pendant la marche, sensibilité intacte. La nuit le malade est pris de mouvements spasmodiques des lèvres et des extrémités supérieures. Symptômes de tuberculisation abdominale ; survient l'amaurose, l'intelligence restant intacte. Du 27 au 31 juillet, grincements de dents, le malade se mord les bras et les mains, se frappe la tête et la poitrine avec la main droite ; phénomènes convulsifs ; mort le 12 août.

Autopsie. Chaque lobe du cervelet contient une petite tumeur qui renferme de la matière tuberculeuse. Tubercules au sommet du poumon. (Elliotson, *Gaz. méd.*, 1837.)

Obs. X. — Enfant de 6 ans ; embonpoint conservé, intelligence intacte. Au mois de mai, il commence à loucher ; il trébuche en marchant et se laisse tomber. Peu à peu la marche devient impossible, le regard est incertain et sans expression. A cette époque, le volume de la tête augmente, l'intelligence faiblit (1), vomissements et amaurose complète ; mort.

Autopsie. Le cervelet renferme dans sa partie moyenne une tumeur tuberculeuse de la grosseur d'un œuf de poule. (M. Gros, *Bull. de la Soc. anat.*, 1859.)

Obs. XI. — Enfant de 10 ans, ayant des convulsions depuis six mois ; céphalalgie intermittente avec pertes de connaissance. Pupilles dilatées, immobiles ; amaurose complète ; constipation ou diarrhée, affaiblissement des membres inférieurs ; mort subite six mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. Lobe droit du cervelet ramolli ; il renferme une tumeur fibroïde dure. Le lobe gauche est sain. (M. Bouchut, *Gaz. des hôp.*, 1854.)

Obs. XII. — D....., âgée de 40 ans, entre, le 16 septembre 1839, à la Charité. Céphalalgie continuelle ; depuis huit mois, étourdissement et vertiges ; la parole est embarrassée, les réponses sont lentes et souvent interrompues ; la tête est inclinée sur le côté et soutenue difficilement, les paupières supérieures sont abaissées ; les yeux restent fermés comme s'il y avait de la photophobie. Le 20 septembre, stupeur prononcée. Le 25, pupilles dilatées et immobiles, peau froide, coma. Le 28, résolution complète des membres inférieurs ; mort le lendemain.

(1) L'affaiblissement intellectuel est dû à l'hydrocéphalie.

Digitized by Google

Autopsie. Le cerveau est sain. Dans le lobe droit du cervelet, cavité remplie de pus. (M. le professeur Rayer, *Traité des malad. des reins*, t. III.)

Obs. XIII. — Homme de 56 ans, éprouvant depuis quelque temps des vertiges. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il tombe sans avoir perdu connaissance. Lors de l'entrée, contraction extrême des pupilles, regard étrange, mouvements du membre supérieur gauche, plus faibles que ceux du côté opposé. Le malade ne peut faire quelques pas en avant sans être soutenu ; il s'appuie de préférence sur le membre inférieur droit. Quelques jours après, coma et mort.

Autopsie. La moitié inférieure du lobe gauche du cervelet est réduite en un détritus pulpeux jusqu'au centre de l'arbre de vie. Les autres parties du cervelet sont saines. (M. Woillez, *Gaz. des hôp.*, 1856.)

Obs. XIV. — Femme de 60 ans, frappée d'apoplexie; coma immédiat; intelligence abolie; sensibilité générale anéantie ; mouvements volontaires paralysés. La malade reste couchée sur le côté droit, la tête fortement maintenue de ce côté par les contractions spasmodiques des muscles du cou. Strabisme double, l'œil droit en bas et en dehors, l'œil gauche en haut et en dedans, les yeux sont immobiles; mort après vingt-quatre heures.

Autopsie. Epanchement sanguin dans l'hémisphère cérébelleux droit et occupant les pédoncules du même côté. (M. Nonat, *Gaz. des hôp.*, 1861.)

Obs. XV. — Jeune enfant de 13 ans. Céphalalgie depuis trois mois ; la vue s'éteint graduellement, iris non contractile ; pupille dilatée et non déformée, aucune lésion du cristallin ni des parties profondes du globe de l'œil ; les yeux sont tournés en haut ; enfin amaurose complète. La motilité n'est point troublée, ni la sensibilité, ni l'intelligence ; mort.

Autopsie. Tumeur tuberculeuse à la partie postérieure du lobe gauche du cervelet. Les tubercules quadrijumeaux ne sont pas altérés ; les nerfs optiques jusqu'au chiasma, les bandelettes optiques jusqu'aux corps genouillés, sont intactes. (M. Lala, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855.)

Obs. XVI. — Enfant de 6 ans ; amaurose complète depuis plusieurs mois. L'intelligence, la motilité, la sensibilité, n'ont jamais été altérées ; mort.

Autopsie. Tubercules dans l'extrémité postérieure du lobe droit

Digitized by Google

du cervelet. Les bandelettes et les nerfs optiques sont parfaitement sains. (M. Lala, *ibid.*)

Obs. XVII.— R....., âgé de 33 ans. Céphalalgie tantôt occipitale, tantôt frontale. L'intelligence et la sensibilité sont intactes. Lassitude extrême sans ataxie. Troubles de la vision plus marqués à gauche ; les objets apparaissent à l'œil gauche couverts de cercles nets ou colorés ou bien obscurcis par un brouillard ; dilatation marquée des deux pupilles ; strabisme gauche interne ; enfin amaurose complète. A l'affaiblissement des mouvements succède l'hémiplégie droite, coma ; mort.

Autopsie. Tubercules du cervelet. (M. Colin, *Bull. de la Soc. anat.*, 1861.)

Obs. XVIII. — L....., âgé de 45 ans, se plaint de céphalalgie sous-occipitale. Il tombe constamment du côté gauche. La tête est entraînée de ce côté par une contraction tonique des muscles du cou. Le corps tout entier a subi un affaiblissement musculaire. La sensibilité et l'intelligence sont conservées. Après quelque temps, la respiration devient stertoreuse, le malade tombe dans le coma et meurt.

Autopsie. Deux tumeurs tuberculeuses, une sur le lobe médian, l'autre sur les bords du lobe gauche et dans l'épaisseur de la substance cérébelleuse. (M. Cazin, *Bull. de la Soc. anat.*, 1892.)

Obs. XIX.— Individu de 44 ans, affecté d'un affaiblissement de la vue ; l'œil droit est plus faible que le gauche et strabique. Le 26 janvier, le malade ressent subitement une douleur occipitale vive ; le regard est fixe, les paupières élevées et presque immobiles ; la tête penchée en avant ; l'intelligence est conservée ; la langue est embarrassée, l'articulation des mots est difficile, les réponses sont lentes, mais justes. Le 30, les pupilles sont fortement contractées, la difficulté d'articuler les mots augmente rapidement ; le malade dit que sa tête est trop pesante pour pouvoir être relevée. Le 31, les paupières sont fermées, la pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche, la vue est éteinte et la parole impossible ; le malade comprend ce qu'on lui dit et exécute les mouvements qui sont commandés. Il agite continuellement les bras et les jambes ; la respiration est pénible et stertoreuse, le pouls fréquent, petit, irrégulier ; coma, mort.

Autopsie. Le lobe gauche du cervelet à sa face supérieure est sain ; il est réduit en bouillie dans les deux tiers inférieurs et postérieurs. Aucune autre lésion dans les centres nerveux. (M. Monod, in *Clinique* de M. Andral, t. V.)

Digitized by Google

Obs. XX. — P...., âgé de 29 ans, se présente à la consultation dans l'état suivant : céphalalgie générale, mais plus vive dans la région de l'occiput ; elle dure depuis trois ans environ. Depuis cette époque la vue s'est affaiblie peu à peu. Les membres supérieurs et inférieurs du côté gauche se sont également affaiblis. Actuellement les pupilles sont fortement contractées ; l'amaurose est devenue telle, que le malade ne peut distinguer à peine le jour de la nuit ; la sensibilité est conservée, l'intelligence intacte. Au bout de quinze jours, mort des suites d'une péritonite aiguë.

Autopsie. Le cerveau, les nerfs optiques et les tubercules quadrijumeaux sont sains. Dans toute la hauteur du lobe droit du cervelet, de la matière tuberculeuse est épanchée. Les prolongements qui unissent le lobe droit aux autres parties des centres nerveux sont sains. Le lobe gauche est intact. Tubercules au sommet des poumons. (*Clinique* de M. Andral, t. V.)

Obs. XXI. — Femme de 31 ans, voit ses règles se supprimer subitement six semaines après son entrée à l'hôpital. Étourdissements, céphalagie occipitale vive du côté droit. Durant huit jours, la main gauche laisse tomber les objets qu'elle saisit. Le membre abdominal gauche s'affaiblit également. Après un mois, hémiplégie gauche complète. La vue, qui était très basse jusque-là, s'éteint rapidement, et cinq semaines après l'apparition des premiers accidents, la femme était devenue entièrement aveugle. A son entrée à l'hôpital, l'amaurose et l'hémiplégie gauche étaient complètes. Les pupilles médiocrement dilatées se contractent encore par l'approche brusque d'une lumière. La malade articule nettement les mots, la sensibilité et l'intelligence sont conservées. Trois jours après son entrée à l'hôpital, mouvements convulsifs des membres paralysés ; le délire survient, puis coma et mort.

Autopsie. Le lobe gauche du cervelet est sain. Vaste foyer purulent dans le lobe droit. Ramollissement qui occupe au moins les deux tiers de ce lobe. Aucune autre altération dans les centres nerveux. (*Ibid.*)

Obs. XXII. — F....., âgé de 24 ans, entre le 24 juin à l'hôpital. Les yeux sont fixes et sans expression, les paupières demi-closes, les pupilles très dilatées, le malade ne peut distinguer les objets, la sensibilité et l'intelligence sont conservées. Le 25, les pupilles sont immobiles, la parole s'embarrasse, la vue s'affaiblit de plus en plus; cependant le malade distingue encore le jour de la nuit. Le 26, mouvements convulsifs. Le 30, les yeux restent fixes, l'amaurose est complète ; mort sans convulsions.

Digitized by Google

Autopsie. Les nerfs optiques et les tubercules quadrijumeaux ne présentent aucune altération. Dans le cervelet se trouvent deux tumeurs placées au bord postérieur du lobe droit. Ces masses tuberculeuses sont au-dessous des membranes et peuvent être énucléées ; mais au centre du lobe gauche existe un tubercule gros comme une noisette, développé entre les lames du cervelet. Un corps du volume d'un pois, facilement énucléable, est placé sous les membranes cérébrales, dans les circonvolutions antérieures d'un des hémisphères. Les plexus choroïdes contiennent un tubercule analogue. Il y a également une grappe tuberculeuse dans une circonvolution du lobe moyen. (M. le professeur Grisolle, *Arch. de la Soc. méd. d'observ.*, n° 212.)

Obs. XXIII. — L...., âgé de 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1838. Céphalagie datant d'un an. Facies hébété, tête immobile ; la vision de l'œil gauche s'affaiblit peu à peu et s'éteint bientôt. Petits corps flottant voltigeant au-devant de l'œil droit ; les pupilles sont dilatées et paraissent peu sensibles à la lumière. Les forces des membres supérieurs et inférieurs gauches diminuent. Dans les deux derniers mois, la vision de l'œil droit s'éteint également et la cécité est complète. La sensibilité et l'intelligence étaient restées intactes ; coma, mort sans convulsions.

Autopsie. Les nerfs optiques ne sont pas altérés. Cavité purulente dans le lobe droit du cervelet, ayant le volume d'un œuf de poule. (M. Fauvel, *Arch. de la Soc. méd. d'observ.*, n° 218.)

Obs. XXIV. — Une jeune fille de 18 ans est prise d'une entérite le 4 mars. Le 7, céphalalgie intense. Le 11, écoulement purulent considérable par l'oreille gauche. Le 14, propension au coma, dilatation des pupilles, sensibilité et intelligence intactes. Le 19, strabisme, dilatation pupillaire ; mort le 22.

Autopsie. Cerveau sain. Le lobe gauche du cervelet est converti en un kyste rempli de matière purulente. (*Clinique* de M. Andral, t. V.)

Obs. XXV. — Homme de 45 ans, affaiblissement congénital de la vue. Strabisme double ; tremblement continuel des membres, sensibilité intacte.

Autopsie. Le lobe gauche du cervelet manque complètement. Le lobe cérébelleux droit est parfaitement sain. (*Clinique* de M. Andral, t. V.)

Digitized by Google

Obs. XXVI. — L'individu qui fait le sujet de cette observation n'a grandi que très tard, répondait justement aux questions qu'on lui adressait, mais n'était doué que d'une intelligence très médiocre. La sensibilité générale n'avait subi aucune altération ; les membres étaient très faibles ; chutes fréquentes. Les organes des sens étaient dans leur état physiologique. Cette fille se livrait à la masturbation. Elle meurt d'une entérite dans sa 11e année.

Autopsie. Absence complète du cervelet, de ses pédoncules et de la protubérance annulaire. (Obs. du Dr Combette, citée dans la *Clinique* de M. Andral, t. V.)

(*A suivre.*)

CHRONIQUE DE L'HYPNOTISME

La mort apparente des Fakirs indiens (1).

Ce sujet a donné lieu à un intéressant rapport que le Dr Kuhn a présenté à la Société Anthropologique de Munich. De son rapport nous détachons les passages suivants.

Fakir est un mot arabe et signifie mendiant. Ce terme a été appliqué plus tard aux mendiants et prestidigitateurs indiens qui s'il fallait être étymologiquement exact, devraient plutôt s'appeller, « Yoguin », c.-à-d., adeptes de la religion mystique indienne suivant laquelle l'union spirituelle avec la divinité Yoga peut se faire dans certaines circonstances.

Quoiqu'on soit porté à croire que les fakirs pratiquent la mort apparente sur une large échelle, le rapporteur n'en estime pas moins et en connaissance des faits, que des cas authentiques sont relativement rares.

Il lui a été donné précisément, pendant ses nombreux voyages dans le pays des Nababs, d'en observer deux cas dont l'authenticité ne saurait être mise en doute.

Il s'agissait de deux fakirs, dont l'un avait séjourné vivant dans la terre 6 semaines et l'autre 10 jours. Pour le rapporteur, l'état où se trouve le fakir et qu'il provoque artificiellement est en tous points identique à celui connu sous le nom de catalepsie.

Or, la catalepsie peut être définie : une maladie du S. nerveux survenant par crises et caractérisée par une perte totale ou partielle de conscience et de sensibilité.

(1) *Zeitschrift für Hypnotismus.* Berlin Mærz, 1894.

Digitized by Google

Dans cet état les mouvements volontaires sont abolis et les membres conservent la position qu'ils avaient gardée au moment où l'attaque les a surpris ou bien la position qu'on leur aura imprimée déjà à l'état de catalepsie.

La conscience et la sensibilité reviennent petit à petit. Mais l'état cataleptique peut durer des heures, comme des jours et des mois. La maladie doit avoir pour siège les centres moteurs et l'écorce de la partie antérieure du cerveau.

Il est toutefois à remarquer que la catalepsie peut constituer une des phases de l'Hypnotisme.

Eh bien chez les fakirs nous avons presque toujours affaire à cette dernière forme de catalepsie quand il s'agit d'expliquer le phénomène connu sous le nom de mort apparente.

Pour arriver à cet état les fakirs qui sont évidemment des hystériques avérés usent de tous les moyens d'entraînement : mortification du corps par un régime alimentaire spécial, emploi à l'intérieur de différents végétaux d'eux seuls connus, position spéciale du corps pendant de longues heures, etc. (Toutes les règles prescrites par la religion pour pouvoir entrer en communication avec la divinité se trouvent dans le livre indien Hathayoga pradîpikâ Srâtmârâma's traduit par le Dr H. Walter.) Quand le fakir l'a suffisamment pratiqué il se met par terre, prend une des poses prescrites par le livre sacré et tombe à l'état d'hypnose à force de regarder fixément le bout de son nez. Les fakirs paraissent encore se servir du haschisch pour diminuer la force respiratoire, car cet hypnotique associé à d'autres végétaux et employé d'une façon toute particulière, supplée au manque d'air et de nourriture.

Au début de l'hypnose le fakir devient halluciné.

Il entend des sons, il voit des anges, sa figure exprime un sentiment de béatitude. Mais petit à petit la conscience disparaît et le corps acquiert une rigidité spéciale à mesure que « l'esprit va rejoindre l'Ame du monde ».

Le Dr Schrenk-Notring répond au rapporteur en ajoutant que dans le tableau décrit par le Dr Kuhn il s'agirait tout simplement d'autohypnose chez des personnes hystériques suffisamment entraînées. Il conclue dans le même sens que le Dr Kuhn en estimant que les narcotiques ne sont pas pour peu de chose pour engendrer chez les fakirs l'état d'hypnose.

En étudiant les états hypnotiques, finit le Dr Notring, nous trouvons fréquemment des faits et des observations qui nous donnent l'explication des miracles indiens. G. N.

Digitized by Google

SENSIBILITÉ DES TÉGUMENTS AU CONTACT DE L'OR.

—

Action des médicaments à distance,

Par M. le Professeur Peter, membre de l'Académie de médecine.

Au point de vue de l'évolution des idées scientifiques, il est curieux historiquement parlant, de constater que le jour même où M. le Dr Dujardin-Beaumetz, venait lire à l'Académie de médecine, le rapport que l'on connaît sur mes propres recherches relatives à l'action du médicament à distance chez des sujets en état d'hypnotisme, question déjà soulevée par MM. les docteurs Burot et Bourut : — Voilà que M. le Professeur Peter à l'hôpital Necker, tout sceptique et incompétent qu'il était en ces matières de fines recherches scientifiques, venait à l'Hôpital Necker, corroborer d'une manière éclatante mes propres expériences dont la Commission académique s'était plu à reconnaître la sincérité, ainsi qu'en témoigne des procès-verbaux très impartialement rédigés (1).— Je transcris ici les principaux points de sa leçon.

J. L.

« Je vais vous parler aujourd'hui d'un malade intéressant sous plus d'un point de vue. Il s'agit d'un hystérique, d'un hystérique homme et d'un hystérique historique, car il a servi de point de départ à la théorie de la suggestion médicamenteuse, ayant servi aux expériences entreprises par deux médecins de Rochefort, sur l'action des médicaments à distance. Non seulement cet homme est un sujet historique, mais aussi un misérable.

« Voici d'ailleurs, pour vous donner un échantillon de ce qu'il est, voici, dis-je, ce qu'il a fait dans mon service ces jours derniers : il a écrit au directeur général de l'Assistance publique pour lui dénoncer la première infirmière de mon service, comme

(1) Par quelles mystérieuses influences, les conclusions de la Commission académique, qui m'ont été défavorables, comme on le sait, ont-elles été si péremptoirement en désaccord avec les compte rendus des expériences rédigés séance tenante et qui expriment les résultats de faits très précis?— Par quel mécanisme cette Commission s'est-elle ainsi déjugée dans l'arrêt négatif qu'elle a rendu, alors qu'elle a considéré comme mensongers des faits évidents qu'elle avait enregistrés? — J'avoue que ni moi, ni mes amis n'avons rien compris encore à ce jugement qui n'était pas cohérent avec les expériences?

C'est là un fait de psychologie qui se passe dans l'esprit des hommes assemblés, qui ne laisse pas d'avoir un côté piquant, et que pour le moment je ne me charge pas d'expliquer. — J'indiquerai seulement quelques réserves ultérieurement.

Digitized by Google

empoisonneuse, comme ayant déterminé volontairement la mort d'un malade de ma salle d'hommes, un hystérique également, auquel elle aurait donné vingt-deux gouttes d'acide nitrique dans sa tisane, ainsi qu'une dose énorme de laudanum, et qui aurait succombé.

« Ce qui est vrai, c'est que cet homme est mort en effet, mais, ainsi que l'autopsie l'a démontré, il a succombé à la fièvre typhoïde ; et l'accusation d'empoisonnement n'a été qu'une infâme calomnie.

« Ce fait vous prouve donc encore une fois, cela soit dit en passant, que chez tout hystérique il ne faut accepter les dires que sous bénéfice d'inventaire ; qu'il faut toujours songer à la possibilité d'un mensonge, souvent aussi à des actes de malfaisance, par suite il faut toujours se tenir en garde contre leurs assertions, ou leur tendance constante à mentir et à simuler.

« Donc, chez mon malade, ce qui est encore vrai c'est qu'il est un sujet historique.

« Cet homme est entré à l'hôpital, il y a quatre mois environ, et il est entré avec de la contracture dans tout le côté droit. Si, pendant son séjour ici, celle-ci s'est améliorée, cependant à l'heure actuelle, elle n'a pas complètement disparu, et notre malade marche en boitant, et par faiblesse, et par une légère contracture qui persiste encore dans tout le côté droit et principalement dans le membre inférieur.

« De plus, fait curieux encore, sa peau est d'une extrême sensibilité au contact de certains métaux, et malgré l'extrême réserve avec laquelle j'accueille en général des faits de cette nature, cependant je dois ici me rendre à l'évidence. Voulant un jour étudier l'action du contact de l'or sous la peau, je lui ai, avec ma main gauche dont l'un des doigts porte une bague en or, touché la main sans qu'il prît garde. La sensation dudit anneau fut douloureuse, d'après ce qu'il prétendit ; en tout cas, le lendemain matin, je constatais sur le dos de la main une ampoule de brûlure au deuxième degré, présentant la forme et les dimensions de la partie de l'anneau qui avait été en contact avec la région dorsale de la main. La cicatrisation de la petite plaie qui en fut la suite ne s'est faite qu'au bout d'un très long temps.

« L'expérience terminée, je lui demandai si des métaux avaient réellement une action sur ses téguments et il me répondit qu'il ne pouvait toucher la moindre pièce d'or ou le moindre objet en or sans qu'ils le brûlassent vivement. Dernièrement cet homme tombe sur le sol, la surveillante cherche à le relever, mais dans

Digitized by Google

les efforts qu'elle fait dans ce but sa chaîne en or vient à toucher un des doigts de ce malade et celui-ci se plaint immédiatement d'une sensation douloureuse, d'une sensation de brûlure.

« Ces diverses brûlures existent réellement, elles ne sont nullement douteuses, mais sont-elles bien produites par le contact du métal ?

« Cet homme, simulateur forcené, ne se les serait-il pas faites avec une allumette ?

« Désireux de résoudre le problème, nous avons fait l'expérience suivante : M. le docteur Caron a percuté le dos de cet homme, principalement dans les points qu'avec la main, restée libre, il ne pouvait parvenir à toucher, même avec une allumette enflammée. Nous avons tous constaté l'existence de brûlures au second degré, partout où l'anneau de M. Caron avait été en contact avec la peau.

« La contre-expérience a été faite par M. Martinet, mon chef de clinique, avec un porte-mine en simili-or, c'est-à-dire avec un objet en métal ne contenant pas d'or ; le contact n'a rien produit, ni douleur, ni brûlure.

« Voilà donc, chez cet homme, un fait absolument acquis, absolument incontestable : la sensibilité de ses téguments au contact de l'or.

« Poursuivant nos recherches, nous avons voulu étudier sur lui l'influence des médicaments à distance, et nous avons constaté un fait également curieux, quoiqu'il soit moins accentué. Ainsi, à l'insu du malade, dont l'attention était attirée d'un tout autre côté, nous avons tenu à dix centimètres environ de la nuque un tube enveloppé de papier et dont nous ignorions le contenu. Et dix minutes à peine s'étaient écoulées que la figure de cet homme se couvrait de sueurs profuses, en même temps qu'il éprouvait quelques nausées, suivies bientôt du rejet d'une gorgée de liquide. Or, quelle était la substance médicamenteuse renfermée dans ledit tube, à l'insu du malade et à notre propre insu aussi ? — De l'ipécacuanha ! C'est la seule expérience de l'action des médicaments à distance, qui ait réussi sur cet homme, car l'alcool, non plus que l'opium, n'ont rien produit.

« Cet homme est un hystérique, et, comme tous les hystériques, il a, de par son hystérie même, la tendance à exagérer toutes choses, à être un menteur, un malfaiteur. Et tout cela nous l'avons constaté chez lui, puisqu'il est même allé jusqu'à la dénonciation calomnieuse.

« Il a été l'un des principaux sujets des expériences faites à Rochefort.

Digitized by Google

« Le malade c'est l'hystérique, car il est malade matériellement et cérébralement, psychologiquement. De là, la nécessité de s'en méfier ; *il ne faut pas être crédule, mais examiner les faits avec la réserve de l'incrédulité, tout en sachant se rendre de bonne foi à l'évidence.* C'est ce que j'ai fait ici, vous exposant les faits que j'ai constatés, et leur existence absolument incontestable. » (1).

Application de l'hypnotisme dans le traitement de l'onanisme chez un jeune garçon. Rôle éducateur de ce traitement,

Par B. B. Sinani. *Kratsch* 1894, 4.

Nous avons fait de nombreuses recherches sur l'application thérapeutique de l'hypnotisme dans différentes maladies et manifestations d'origine nerveuse.

Les résultats que nous avons obtenus dans cet ordre de faits se trouvent résumés dans le *Bulletin mensuel de la Clinique neurologique de la Charité* (2). Parmi les nombreuses affections que nous eûmes à soigner tant à la Charité, sous la savante direction de notre maître, M. le Dr Luys, que dans sa maison spéciale de santé, nous n'avons pas encore eu l'occasion de traiter un cas analogue à celui que notre confrère russe nous cite avec force détails intéressants : un cas d'onanisme traité par la suggestion avec beaucoup de succès. Ce qui est particulièrement intéressant dans la circonstance, c'est que cette fâcheuse passion s'est invétérée chez le malade non seulement comme une mauvaise habitude, mais encore qu'elle prit naissance sur un terrain de dégénérescence héréditaire, dont l'onanisme ne fut qu'un stigmate en plus. Ceci se dégage aisément de l'observation consciencieuse du docteur Sinani qui a trouvé chez le jeune garçon, outre les signes physiques de dégénérescence héréditaire, d'autres indices de cette malheureuse tare, ceux-là d'ordre psychique qui portaient manifestement le cachet de la perversion morale.

Grâce à l'emploi de la méthode hypnothérapique l'auteur guérit son jeune malade de sa fâcheuse et triste passion. Mais il y a plus. Non content de son succès il voulut faire servir l'hypnotisme à l'éducation psychique et morale de ce même malade.

Le nouveau rôle que la suggestion hypnotique peut jouer dans

(1) J'ai eu ce malade pendant quelques jours dans mon service à la Charité, et j'ai répété sur lui, avec le même succès la série des curieuses expériences rapportées ici.

(2) Voir les *Annales de Psychiatrie.*

Digitized by Google

l'éducation des enfants psychiquement malades est nettement dessiné. Il ne nous reste qu'à souhaiter à ceux de nos confrères qui ont confiance en l'hypnotisme de travailler dans une voie si féconde en surprises et en succès.

Et à ce propos, qu'on nous permette de citer un récent travail sur l'Onychophagie d'un de nos distingués collaborateurs dans les *Annales de Psychiatrie*, M. le Dr Bérillon. Les idées qu'a émises l'auteur sur la place qu'il faudrait assigner à cette passion de ronger les ongles dans la dégénérescence héréditaire, idées qui ont eu leur répercussion à l'étranger (1), nous confirment encore dans ce que nous venons de dire sur le rôle de l'hypnotisme en tant que moyen d'éducation.

Nous n'hésiterons donc pas à conseiller aux parents d'enfants psychiquement malades d'avoir recours au traitement hypnothérapique au lieu d'employer les corrections manuelles préconisées à tort en pareils cas.

J. N.

Le garçon E., est issu d'une mère qui, au dire du père de l'enfant, était « psychopathe », avait des bizarreries de caractère et faisait entre autres choses abus de liqueurs spiritueuses. Quant à son propre état ainsi qu'à ses antécédents héréditaires, le père ne nous dit rien, mais, pour nous, c'est un homme excitable, nerveux et d'une inégale humeur vis-à-vis de son fils. Sa façon de parler est particulièrement caractéristique. Il parle vite, avale ses mots et ne parvient que fort difficilement à nous exposer ses pensées, ce qui est tout au moins étrange de la part d'un ancien pédagogue. L'enfant a perdu sa mère à l'âge de 2 ans. Pendant les quatre années suivantes son éducation fut, par ce fait, fortement négligée. Le père se remaria depuis. Ce fut la belle-mère de l'enfant qui s'aperçut chez lui de quelques bizarreries et étrangetés de caractère. A la moindre émotion il faisait d'horribles grimaces et des gestes et lui saisissait convulsivement les mains. Quand il voyait une domestique les pieds nus il se jetait éperdument à ses pieds.

Il restait longtemps dans les cabinets d'aisance et en sortait tout rouge et couvert de sueur. Quand on lui demandait ce qu'il y faisait des heures entières, il répondait franchement qu'il « s'y amusait ». A cet âge si naïf et si tendre (il n'avait que six ans), il se faisait déjà remarquer par une imagination des plus perverses. Il goûtait un singulier plaisir à s'entretenir de lieux d'aisance et de choses du même genre.

(1) Voir *Zeitschrifft für Hypnotismus.* Berlin 1893.

Digitized by Google

Ses extravagances prenaient parfois une teinte criminelle. Il disait, par exemple, que son désir serait de tuer ses parents, de s'en aller ensuite dans la forêt et d'y vivre tout seul. Tout en se montrant, par moments, d'une grande cruauté à l'égard de son fils, le père n'en soutenait pas moins que celui-ci était un enfant génial (?)

Quant aux « amusements » du jeune garçon dans les cabinets, il les considérait tout simplement comme d'innocents passe-temps et ne s'en inquiétait pas autrement.

Il disait que la masturbation n'est qu'une mauvaise habitude dont on se défait avec le temps. Pourtant, sur les instances de l'entourage, il a cru devoir s'adresser aux médecins pour enrayer cette passion chez son jeune garçon. Pendant deux ans, l'enfant fut soigné par le Prof. Bystroff. Tout en recommandant un traitement général (diète, promenades, gymnastique, affusions froides sur la colonne vertébrale, etc.), le docteur a fait faire à l'intention de l'enfant un bandage spécial qui cachait soigneusement les parties sexuelles, en ne laissant qu'un petit orifice pour lui permettre d'uriner. De plus, l'enfant portait, pendant la nuit, un costume spécial fait d'après ses indications (une espèce de camisole de force) qui le mettait dans l'impossibilité absolue de se masturber. Le père a eu le bon sens de faire suivre ce traitement à son fils pendant deux ans, mais il y ajouta le fouet et les coups. Sur la vive insistance du docteur qui lui fit judicieusement remarquer que les coups ne faisaient qu'exalter l'excitabilité génésique de l'enfant il cessa. Il faut convenir que tout ce régime, s'il a eu l'avantage de mettre l'enfant dans l'impossibilité matérielle de satisfaire sa passion, n'a exercé aucune influence sur son caractère. Il n'en persistait pas moins dans toutes les extravagances immondes qui faisaient le désespoir de la famille. Le père se décida enfin, sur le conseil de son docteur, à recourir au traitement hypnotique. L'enfant me fut donc amené le 30 août 1890.

En me l'amenant, le père me donna sur son état les renseignements suivants.

Il est très emporté, obstiné et méchant ; il aime à froisser les gens, à tourmenter les animaux, il éprouve un plaisir infini à taquiner méchamment son petit frère ; par ses obsessions ennuyeuses, il va jusqu'à faire pleurer son institutrice. Quand elle va satisfaire un besoin naturel, il se plante devant la porte des cabinets en frappant et en riant aux éclats. Pour ce qui est de ses facultés intellectuelles, elles paraissent bonnes et même précoces pour son jeune âge. Il grimace à n'importe quel sujet

Digitized by Google

et se tord convulsivement les doigts. Sa face est un peu asymétrique. Il possède la faculté de faire mouvoir ses oreilles et son aponévrose épicranienne, ce qui est un indice de dégénérescence. A l'examen de son état physique, nous remarquons que le malade manque totalement de pudeur ; à toutes les questions, si intimes qu'elles soient, il nous répond de la façon la plus franche, la plus crue. Il nous raconte notamment, avec une naïveté presque cynique, tous les détails de la masturbation et nous dépeint assez fidèlement le plaisir qu'il en éprouve.

Quand quelque chose lui fait plaisir il manifeste sa joie d'une façon burlesque, par des cris d'animaux et par des gestes extravagants. Sa figure devient alors horriblement grimaçante, les yeux louchent, les dents claquent, les muscles de la face se contractent violemment, tout le corps tremble et les mains se tordent. Il commence ensuite à se frotter la poitrine en descendant sur l'abdomen et en s'arrêtant aux parties sexuelles.

Je me trouvais évidemment non devant un garçon simplement onaniste mais devant un beau type de psychopathe.

Pendant le premier mois je ne changeai rien au traitement suivi précédemment. Le malade continuait donc d'être attaché pendant la nuit et portait pendant le jour le bandage décrit plus haut. La seule innovation que je fis a été un journal tenu par son institutrice, journal où elle devait noter jour par jour, tous les faits et gestes du malade. Grâce à ce système d'observation sans relâche, je me trouvai à même de suivre de très près mon malade et de juger si mon traitement amenait un changement dans son état. Je fus, du reste, secondé dans cette tâche par la grande franchise du petit garçon qui ne nous cachait rien.

Il m'a été très facile d'endormir le malade.

La suggestion comprenait non seulement la défense formelle de se livrer aux pratiques de l'onanisme, mais encore la recommandation de s'abstenir de toutes les autres manifestations et singularités caractéristiques de son tempérament neuro-psychopathique.

En ce qui concerne l'onanisme proprement dit, je compris dans la suggestion l'ordre de s'abstenir de tout mouvement de nature à exciter ses organes sexuels. Les causes morales pouvant agir d'une façon excitante n'ont pas été négligées.

Après la première séance un mieux ne tarda pas à se manifester dans son état. Il devint apathique et calme. Les gestes perdirent tant soit peu de leur extravagance. Il cessa *complètement* de porter ses mains aux parties sexuelles dans un de ces moments d'expansion décrits ci-dessus.

Digitized by Google

Après la seconde séance, nous fûmes encore plus loin dans la voie d'amélioration.

Le 3 septembre nous lisons dans le journal : le jeune E. se tient bien pendant la leçon, il est plus attentif aux observations de l'institutrice, il a appris assez vite une fable par cœur et a fait avec beaucoup de précision un problème.

Le 4 septembre. A l'observation que lui fit l'institutrice de ne pas claquer des dents, il cessa aussitôt. Il fait moins de grimaces qu'à l'ordinaire.

Le 5 septembre (après la 3e séance). E. s'est bien conduit le matin. Le soir, il a manifesté sa joie pendant la lecture à propos d'un sujet divertissant par un rire presque normal.

Pendant tout le temps que dura le traitement, les expansions anormales, qui marquaient chaque fois la joie chez le petit malade, sans avoir complètement cessé, ont changé totalement de caractère et recouvré petit à petit la physionomie d'une manifestation un peu bruyante, ce qui en somme n'est pas trop déplacé chez un enfant. Chose importante à enregistrer. Les sujets, qui provoquaient auparavant cette joie exubérante, étaient le plus souvent une image évoquée par la lecture d'un conteet au souvenir de laquelle il éclatait, ou bien une hallucination plus ou moins vague. C'était à n'en pas douter une espèce d'aura hystéro-épileptique. Or, depuis l'application du traitement hypnotique, les sujets de joie devenaient réels et venaient cette fois du monde extérieur. Ainsi, le 4 novembre, la mère lui annonça qu'elle allait lui faire faire un pantalon. Cette nouvelle lui causa une joie qu'il manifesta d'ailleurs d'une façon assez normale.

De sorte que, à mesure que le traitement produisait son effet, la joie provoquée faisait vibrer un moindre groupe de muscles de la face et du corps.

Les taches suspectes, constatées auparavant sur le linge, ont en même temps disparu. Ce dernier fait était d'autant plus concluant que toutes les mesures de répression n'étaient plus appliquées. Ainsi, depuis le 9 octobre, on lui fit grâce du bandage et depuis le 6 décembre on ne lui mit plus pendant la nuit la camisole. Toujours est-il que, malgré la surveillance étroite dont il fut l'objet, on n'a pu relever à sa charge rien pouvant dénoter de sa part une velléité de masturbation.

Il est à remarquer, que le malade, tout en cessant de toucher ses parties sexuelles, n'en continuait pas moins à se frotter le visage et les yeux ; c'était chez lui en quelque sorte une transformation morbide des mouvements d'attouchement en d'autres plus bénins. Ceci, nous disait-il, lui procurait un certain plai-

Digitized by Google

sir (1). Mais ces derniers symptômes disparurent le 1er novembre. Depuis cette époque, toutes les anomalies dans la sphère motrice disparurent.

Il lui restait encore la passion de se tordre les doigts mais cette dernière habitude ne persista que jusqu'au 13 janvier 1891.

Quant à la sphère psychique, comme nous l'avons déjà vu, une amélioration notable survint dès le commencement du traitement par la suggestion. Cette amélioration ne faisait qu'augmenter avec le temps. Il travaillait avec plus de goût et s'intéressait aux choses qu'on lui enseignait. Ainsi le 7 octobre, il m'a annoncé avec un visible plaisir qu'il faisait bien la division, qu'il ne pouvait pourtant pas comprendre auparavant.

Au point de vue moral — même changement à signaler. Le 7 octobre il est venu me dire spontanément que sa conduite l'affectait beaucoup, qu'il avait tort de faire pleurer son frère, que tout cela provenait de ce qu'il ne savait pas jouer avec lui.

Ceci me démontra que l'enfant commençait à avoir de l'esprit critique pour ses actes et ses paroles. Lui qui, naguère, riait bêtement et restait impassible sous les coups qu'il recevait de son père, éclata en larmes lorsque celui-ci lui donna dernièrement un soufflet. Il naissait en lui des sentiments nobles : amour-propre, pudeur et repentir.

Bref, au point de vue moral, aux derniers jours du traitement, il ne paraissait se distinguer en quoi que ce fut des enfants de son âge.

Toutes les séances ont été au nombre de 45. La dernière eut lieu le 19 mai 1891.

A cette époque notre ancien malade a bien passé son examen d'entrée au collège. Là il fut d'une conduite exemplaire et se tint toujours au premier rang de classe en classe.

En 1893, je vis son institutrice. Elle était enchantée de son élève. D'après elle, il avait grandi, était fort, avait bon cœur, aimait beaucoup son frère cadet. Il s'était séparé d'elle les larmes aux yeux. En un mot il était parfaitement bien portant et au physique et au moral.

J. G. NATANSON.

(1) Il ne faut pas nous étonner autrement de cette façon du malade de se procurer une jouissance. Rappelons-nous que les dégénérés héréditaires sont de vrais malades chez lesquels le seul fait de regarder une bottine de femme ou un petit bonnet de bonne suffit parfois à produire une éjaculation. Dans cet ordre de faits, nous ne saurions trop renvoyer nos lecteurs au dernier travail de Krafft-Eling sur la perversion sexuelle. (Traduction française du Dr Romme). G. N.



Digitized by Google

VARIA

—

Psychologie du Peintre. (Lucien Arréat : *Volume in-8° de 267 p. 5 fr. Félix Alcan, éditeur.*) — Ce volume, de la bibliothèque de philosophie contemporaine, comprend cinq parties. Dans la première, l'auteur examine les caractères physiques, physiologiques et l'hérédité chez les peintres. La deuxième partie est consacrée à l'étude des caractères esthétiques, à la mémoire professionnelle, à la vision. La troisième partie concerne les qualités de l'esprit (caractères intellectuels, mémoire et aptitudes diverses, l'œuvre et l'artiste). Dans la quatrième partie. M. Arréat étudie les caractères égoïstes, sympathiques, volontaires, moraux ou sociaux. Dans la cinquième, consacrée à la pathologie, on lit d'intéressants chapitres sur les infirmités spéciales et les misères du génie. Cette monographie du peintre vaut d'être lue, tant par les documents et faits cités, que par les arguments qui les accompagnent. L'auteur a su scientifiquement étudier les peintres, ces êtres généralement sensationnels, sans intellectualité analytique et synthétique, des intelligents et non des intellectuels. Il est toutefois des exceptions. A la lecture de l'œuvre de M. Arréat, à qui nous reprocherons la façon quelque peu cavalière dont il traite les chromo-luministes, les novateurs, les pointillistes actuels, nous nous sommes pris à regretter que semblable monographie ne soit pas faite pour l'homme de lettres (romancier, poète), pour l'inventeur,pour le mathématicien, etc. Il y là une mine où l'intellectuel analyste pourrait puiser fructue sement tant pour lui que pour les autres.

A. Hamon (de Paris).

(*Revue internationale*, 8 juillet 1892.)

Curieux cas d'amnésie

Des gardiens de la paix, en tournée de service, la nuit dernière, quai des Tournelles, remarquèrent un homme dormant étendu sur un banc. Ils le réveillèrent et l'engagèrent à rentrer chez lui.

— Chez moi ? dit l'homme, mais c'est drôle, je ne me rappelle pas où je demeure.

Les agents l'emmenèrent alors au poste. Là, comme dehors,

Digitized by Google

il ne put fournir aucune indication sur son domicile. Il ne se souvenait même pas de l'époque où il était arrivé à Paris. On le fouilla et on trouva des papiers indiquant qu'il se nommait Pierre Voulupt et qu'il était originaire de Besançon.

Le matin, grâce au service des garnis, on a pu savoir que Voulupt était arrivé à Paris le 1er mai et que, descendu dans un hôtel de la rue Maître-Albert, il avait disparu le lendemain, en laissant 800 francs entre les mains de son logeur.

Pierre a été reconduit à son domicile.

(*Figaro*, 9 mai 1894.)

Effets des lésions de certaines parties du cerveau sur les processus calorifiques (The effects of certain parts ofthe brain upon the heat processes), par REICHERT, (*University medical Magazine*. février 1894, n° 5, p. 303). — L'auteur présente ici le résultat d'un très grand nombre d'expériences (51) entreprises sur des chiens, pour vérifier les conclusions d'un travail analogue qu'il avait publié précédemment et qui avaient été discutées. Il opère en perforant certaines régions du cerveau, après trépanation, à l'aide d'une sonde. Il a exploré ainsi, au point de vue des variations de la température, la substance blanche en avant de la tête du noyau caudé, les corps striés, les couches optiques, le pédoncule cérébral, et la protubérance annulaire. L'analyse de ses recherches démontre, en résumé, que la lésion des corps striés et de la protubérance est constamment suivie d'une élévation notable et relativement persistante de la température, tandis que les lésions de la substance blanche en avant du noyau caudé, des couches optiques et du pédoncule, ne sont pas suivies d'élévation de température. Celle-ci, si elle se produit, est insignifiante et transitoire.

(*Gaz. Hebd.* — 30 mai 1894)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

NOTICE SUR
LE PROFESSEUR BROWN-SÉQUARD

—

Un savant, qui depuis plus d'un demi-siècle avait acquis une situation considérable dans les études physiologiques, le Professeur Brown-Séquard, vient de mourir à Paris, à l'âge de 75 ans.

Il serait téméraire d'entreprendre aujourd'hui une analyse autorisée de tous les travaux de ce savant. Il n'est guère de sujet en physiologie qui n'ait été pour lui l'objet d'expériences personnelles et où il n'ait manifesté son esprit critique et investigateur.

Les principales fonctions de l'organisme ont été pour lui un vaste champ d'expériences originales et il s'est toujours attaché à démontrer la part majeure du système nerveux dans tous les phénomènes de la vie.

Ses patientes recherches sur les fonctions du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs vaso-moteurs ont eu pour conséquence des découvertes d'une grande importance, et, lorsque la chaire de Médecine générale au collège de France devint vacante à la mort de Claude-Bernard, l'opinion publique, sanctionnée par l'administration supérieure, désigna Brown-Séquard pour occuper cette haute position dans l'enseignement.

Depuis l'année 1877 jusqu'en 1894 Brown-Séquard fit, chaque année, des leçons qui restèrent célèbres et qui devaient

Digitized by Google

ouvrir la voie à de nouvelles applications cliniques : chacun se rappelle les belles expériences sur l'hémisection de la moelle ; sur les irritations périphériques du système nerveux dans l'étiologie de l'épilepsie expérimentale héréditaire ; sur les lésions viscérales déterminées par les lésions cérébrales.

La doctrine de la dynamogénie et de l'inhibition, acceptée aujourd'hui par le monde savant, eut son origine et sa confirmation dans les nombreuses expériences que le savant Professeur avait entreprises sur le système nerveux et se rattachait aux leçons déjà anciennes qu'il avait publiées sur les paralysies et les convulsions réflexes.

On ne saurait passer sous silence l'ardeur avec laquelle le savant Professeur cherche à démontrer que la théorie des localisations cérébrales devait être revisée, puisque la physiologie expérimentale établissait que plusieurs lésions cérébrales n'avaient pas les conséquences qui leur étaient généralement attribuées, et que, de plus, des lésions cérébrales ou médullaires *secondaires* pouvaient faire disparaître des troubles fonctionnels primitivement constatés.

Aucun sujet d'étude se rapportant à la physiologie, à la médecine, à la thérapeutique ne restait étranger pour le Professeur du Collège de France. Aussi, lorsque le monde savant dut se préoccuper de la question de l'hypnotisme, ne voyons-nous pas Brown-Séquard, l'un des premiers, encourager les études expérimentales qui devaient consacrer la valeur des travaux de Braid. Aussi, n'hésita-t-il pas, pour fixer l'attention sur la sagacité du chirurgien de Manchester et pour affirmer la justesse de la plupart de ses observations, n'hésita-t-il pas à rédiger la préface de la traduction française du traité de la Neurypnologie. A la même époque, Brown-Séquard prouve qu'il était au courant des différents travaux français et étrangers sur l'hypnose expérimentale et déjà, précurseur de l'Ecole de Nancy, il faisait ressortir tout l'intérêt expérimental et thérapeutique de la *suggestion*.

Toujours actif et en quête de découvertes nouvelles, le savant Professeur du Collège de France démontrait l'action toxique de l'air expiré et les avantages physiologiques et thérapeutiques qui pouvaient résulter du libre accès de l'air extérieur dans les habitations, surtout pendant la nuit.

Dans les dernières années de sa vie, Brown-Séquard, à la suite de déductions d'ordre physiologique et pathologique, expérimente sur des animaux et sur lui-même l'action des injections sous-cutanées de différents extraits organiques et il fut

Digitized by Google

conduit à émettre cette proposition que *toute glande avait des fonctions multiples* : le liquide orchitique excrété servait à la vie de l'espèce, résorbé il servait à la vie de l'individu.

De même, d'autres liquides glandulaires, qu'ils soient fournis par une glande proprement dite comme le pancréas, ou une glande sanguine comme le corps thyroïde sont en partie résorbés. Les critiques jadis formulées contre les injections sous-cutanées de liquide orchitique perdent de leur valeur après les expériences qui ont été faites, soit avec les greffes du pancréas, soit avec les injections sous-cutanées d'extraits de la même glande, sur les animaux et sur l'être humain.

Même remarque favorable à la théorie de Brown-Séquard est fournie par les nombreux succès obtenus en tous pays dans le traitement du myxœdème en ayant recours aux injections sous-cutanées ou à l'ingestion stomacale de diverses préparations du corps thyroïde.

Retenons de ces faits que les cellules des glandes sécrètent des éléments qui, résorbés, sont utiles à l'entretien de la vie physiologique. Il n'est pas nécessaire d'insister longuement pour faire entrevoir l'importance de cette proposition, laquelle, généralisée à toutes les cellules de l'organisme, établirait le *consensus* fonctionnel et solidaire de tous les éléments de l'être vivant.

Si l'avenir consacre cette proposition, il sera juste d'en rapporter la plus grande part au Professeur du Collège de France.

Dans ce rapide exposé de quelques-uns des travaux de Brown-Séquard notre but a été de montrer que jusqu'à la dernière heure de sa vie le célèbre Professeur n'a cessé de travailler et de chercher. Tout son temps se passait dans le laboratoire ou dans son cabinet de travail. On ne le voyait dans aucune réunion, si ce n'est à l'Académie des sciences dont il était membre et à la société de Biologie dont il avait été le Président.

C'était avec une grande curiosité qu'il se tenait au courant de toutes les publications afférentes à la Physiologie et à la Médecine. Il fonda et dirigea pendant de longues années les principales archives françaises de physiologie normale et pathologique. Il ne négligea jamais d'encourager ceux qui travaillaient autour de lui et, quand le moment était venu, il mettait tout son cœur à leur prêter un puissant appui.

Sa vie a été celle d'un savant. — Son nom restera attaché à plusieurs des découvertes les plus importantes de la physiologie expérimentale.

Dr DUMONTPALLIER,
Secrétaire général de la Société de Biologie
Membre de l'Académie de Médecine.



Digitized by Google

RECHERCHES

SUR LA

PHYSIOLOGIE & LA PATHOLOGIE DU CERVELET

Par les Drs Manuel Leven et Auguste Ollivier (1).

Pathologie. (*Suite*).

Dans la plupart des observations que nous venons de citer, la maladie a suivi une marche progressive, de telle manière qu'on pouvait distinguer deux périodes, la première, dans laquelle la lésion cérébelleuse était simple, la seconde, dans laquelle la lésion cérébelleuse se compliquait de compression de la moelle allongée.

Un grand nombre des observations suivantes comprendront les cas où la maladie a une évolution rapide et la lésion du cervelet est immédiatement accompagnée d'une compression de la moelle allongée. La mort survient alors avec une grande rapidité.

2e *série*. Obs. XXVII. — Homme de 70 ans, pris le 25 juin de vomissements ; il n'est capable d'aucun mouvement spontané, chancelle dès qu'on l'abandonne à lui-même. La parole est très embarrassée, les pupilles sont dilatées. Le malade n'a aucune conscience de ce qu'on lui dit, ni de ce qui se passe autour de lui ; son état s'améliore après chaque saignée. Bientôt il paraît entendre et fait des efforts pour répondre aux questions ; il sort du coma pendant une ou deux heures, durant lesquelles il est dans une demi-somnolence, pour retomber après dans le coma le plus complet. Mort quarante-huit heures après l'attaque.

Autopsie. Le cervelet est le siège d'un épanchement sanguin qui a déchiré cet organe en deux moitiés à peu près égales ; la substance grise est détruite dans toute sa circonférence et laisse arriver le sang jusque sous l'arachnoïde distendue. (M. Hillairet, *Mém. sur les hémorrhag. cérébelleuses* ; *Arch. gén. de méd.* t. II, 1858.)

Dès le début de l'attaque, l'hémorrhagie énorme qui s'est faite dans le cervelet a amené immédiatement des vomissements. Le malade est tombé rapidement dans le coma. Après chaque saignée qui a dégorgé le cervelet, l'intelligence renaît et le coma diminue. La sensibilité générale était conservée,

(1) *Archives générales de médecine*, nos de novembre 1862 et suivants.

Digitized by Google

la motilité troublée ; le malade tombait quand il n'était pas soutenu. Les pupilles étaient dilatées.

Ces deux derniers symptômes, les altérations de la motilité et la dilatation pupillaire, se rapportent à la lésion cérébelleuse ; les autres phénomènes sont dus à la compression de la moelle allongée.

Obs. XXVIII. — Une sage-femme d'environ 70 ans, d'une petite stature, d'un fort embonpoint, était assise auprès d'une femme en couches ; elle s'écrie brusquement : Je suis morte ! et tombe presque immédiatement dans un état de coma avec quelques vomissements. Elle resta ainsi dans un état comateux, sans aucun changement dans les symptômes, pendant quarante heures, et périt.

Autopsie. Caillot du volume d'un œuf de pigeon dans le lobe droit du cervelet. (Abercrombie, *Recherches sur les maladies de l'encéphal et de la moelle épinière*, p. 248, traduction de M. Gendrin.)

Obs. XXIX. — Une fille âgée de 21 ans tombe tout d'un coup privée de connaissance et de mouvement. Au bout d'une heure, elle sort du coma ; hémiplégie gauche, pupilles contractées, vue conservée ; l'intelligence est revenue, la respiration s'accélère. Le lendemain, la malade retombe dans le coma ; sensibilite générale abolie, respiration stertoreuse ; mort.

Autopsie. Épanchement sanguin considérable dans le lobe droit du cervelet ; cavité qui peut loger un œuf de poule : autour de cette cavité, le tissu cérébelleux est rouge et ramolli ; lobe gauche sain. (*Clinique* de M. Andral, t. V, p. 659.)

Obs. XXX. — Homme de 38 ans, entré, le 3 mars 1821, à l'hôpital de la Charité. Il présente les symptômes d'une affection organique du cœur, se plaint de céphalalgie et d'étourdissements ; apoplexie subite, coma profond, résolution des membres, sensibilité générale obtuse. Quinze heures après l'attaque, respiration stertoreuse, pouls irrégulier ; mort.

Autopsie. Le lobe droit du cervelet est transformé en une poche remplie de sang ; le lobe gauche est sain. (*Ibid.*, p. 631.)

Obs. XXXI. — Femme de 75 ans, entre à l'hôpital, frappée d'une attaque subite d'apoplexie. Intelligence obtuse, résolution générale des membres, coma ; mort deux jours après.

Autopsie. Cavité remplie de sang dans l'épaisseur du lobe gauche du cervelet. (*Ibid.*, p. 663.)

Obs. XXXII. — Homme de 29 ans, tombé sans connaissance.

Digitized by Google

Mouvements convulsifs des quatre membres, coma. Après une saignée, le malade revient à lui, parle librement ; intelligence nette. Au bout de sept jours, nouvelle perte de connaissance, respiration stertoreuse, coma ; mort.

Autopsie. Ramollissement du lobe droit du cervelet ; les deux tiers de ce lobe n'existentplus que sous forme de bouillie. (*Ibid.*, p. 690.)

Obs. XXXIII. — Un palefrenier est pris de violente céphalalgie et d'étourdissements. Une saignée, pratiquée deux jours après l'invasion de ces accidents, les diminue sans les enlever. Les quinze jours suivants, le malade reste avec de la céphalalgie, quelques vertiges et un sentiment de faiblesse qui l'empêchait de travailler comme de coutume ; son appétit était aussi un peu diminué. Au bout de ce temps, la douleur, qui avait alors occupé toute la tête, se concentre vers l'occiput et devient beaucoup plus vive. En entrant à l'hôpital, il présenta les symptômes suivants : Lorsqu'on lui demandait où il souffrait, il portait sa main à l'occiput et surtout du côté gauche ; il remuait facilement ses quatre membres ; il répondait avec difficulté aux questions, mais ses réponses étaient justes ; la vision était beaucoup plus faible à droite qu'à gauche, le pouls sans fréquence, l'intelligence et la sensibilité conservées. Les trois jours suivants, le malade est agité ; les mouvements des membres étaient tellement désordonnés, qu'ils ressemblaient à des mouvements convulsifs ; les douleurs occipitales persistaient ; la respiration devint gênée, et le malade succomba dans un véritable état d'asphyxie.

Autopsie. Injection générale des méninges, hémisphères cérébraux sains ; ramollissement rougeâtre de l'hémisphère gauche du cervelet dans sa moitié postérieure et inférieure ; aucune lésion ailleurs. (*Ibid.*, p. 692.)

Obs. XXXIV. — Le 4 février 1856, P....., âgé de 74 ans, entre à l'infirmerie des Incurables. Il est affecté de violente céphalalgie, sa vue s'est affaiblie depuis le début de ses douleurs de tête ; la parole est embarrassée depuis six mois. De novembre 1855 à février 1856, congestions encéphaliques passagères. Le 3 février de cette année, la céphalalgie est devenue plus violente ; vertiges, quelques vomissements ; la station est impossible, les mouvements des membres et du tronc affaiblis ; le malade ne peut se soulever ; les yeux ternes et voilés, les pupilles contractées ; intelligence et sensibilité intactes ; la parole est lente, le pouls irrégulier. Le 5 février, respiration stertoreuse, les pupilles resserrées, la vue affaiblie ; l'intelligence est encore

Digitized by Google

conservée, et le malade paraît vouloir répondre par des signes aux questions qu'on lui adresse. Le 6, refroidissement des extrémités, coma ; mort.

Autopsie. Toute la partie inférieure et antérieure du lobe cérébelleux gauche est convertie en une vaste excavation contenant un caillot sanguin énorme. (Hillairet, mémoire cité in *Archives générales de médecine*, t. I, p. 165 ; 1858.)

Obs. XXXV. — F....., 75 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière le 26 février 1862. Elle est prise de vomissements, perd connaissance ; attaque apoplectique ; la tête reste immobile ; l'œil droit est dévié en dehors, l'œil gauche n'est pas dévié ; les yeux paraissent impressionnés par la lumière ; sensibilité conservée, battements du cœur intermittents, bruits de souffle râpeux à la base. Le lendemain, la malade revient à elle et semble entendre les questions qu'on lui adresse ; elle parle d'une façon peu intelligible. Le 28 février, même état ; le 1er mars, elle tombe au moment où on essaye de la lever ; le 2, elle peut s'asseoir dans son lit et demande de la nourriture, puis elle s'affaisse de nouveau. Le 3, au matin, l'affaiblissement augmente, les mouvements du bras droit sont presque impossibles ; le bras gauche soulevé retombe inerte ; tendance au renversement de la tête en arrière ; mort dans la soirée. (Cette femme a présenté une double cataracte.)

En résumé, il y a eu chez cette malade, au début, une attaque d'apoplexie accompagnée de vomissements. Cette attaque n'a pas été suivie d'hémiplégie franche, mais d'une grande prostration ; l'intelligence était restée intacte.

Autopsie. Foyer hémorrhagique récent, du volume d'une noix environ. Dans le lobe cérébelleux gauche, il a détruit une bonne partie du noyau blanc de ce lobe ; la limite du foyer, en dedans, vers la ligne médiane, peut être représentée par le bord gauche du *vermis inferior ;* le lobe droit du cervelet, le bulbe rachidien, sont sains. Peut-être y avait-il un peu d'affaissement du quatrième ventricule au-dessous du lobe cérébelleux gauche.

Obs. XXXVI. — T....., âgée de 80 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière le 26 février 1862. Perte subite de connaissance, vomissements. Bientôt la malade revient à elle et répond lentement aux questions qu'on lui adresse ; sensibilité conservée. Le 27 février, respiration embarrassée ; la station est impossible ; la malade, cherchant à se lever, tombe. Le 28, coma, selles nombreuses, vomituritions continuelles ; point de strabisme, pupilles égales. Mort dans la nuit du 1er mars.

Digitized by Google

Autopsie. Hémorrhagie dans le lobe cérébelleux gauche ; vaste cavité remplie de sang coagulé. Le foyer est plus rapproché de la face inférieure du lobe cérébelleux que de sa face supérieure, et est assez exactement limité au lobe gauche ; il empiète cependant sur le lobe droit, vers son bord postérieur, dans une étendue de 1 centimètre en plus. Il y a un piqueté assez considérable dans le lobe cérébelleux droit (1).

Obs. XXXVII. — A...., âgée de 15 ans, entre, le 11 janvier 1859, dans le service de M. Beau. Céphalalgie intense à la partie postérieure de la tête ; les yeux sont ternes, fixes ; les pupilles dilatées ; la sensibilité est conservée. Le 12 janvier, vomissement ; la stupeur, la fixité des yeux, ont augmenté. Le 14, parole embarrassée. Le 15, la malade, en se levant, tombe à terre : mouvements convulsifs, strabisme ; pupille dilatée, mais contractile. Le 16, respiration stertoreuse ; la tête est fortement inclinée sur l'oreiller, les yeux déviés à gauche, la fixité du regard absolue, les pupilles insensibles à la lumière ; incontinence d'urine, refroidissement des extrémités ; mort.

Autopsie. Sur la ligne médiane, le vermis cérébelleux supérieur offre une masse résistante à la coupe, de la grosseur d'un haricot ; au centre du lobe gauche, se trouve une tumeur du même volume ; tubercules au sommet des poumons. (Benjamin Ball, *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*, t. II, p. 326.)

Obs. XXXVIII. — Enfant de 8 ans. Dans le courant de septembre, amaurose survenue lentement ; peu de temps après, paralysie de tout le côté gauche, avec alternatives de contractures et de convulsions du même côté ; seulement un peu de faiblesse du côté droit. Mort après une ingestion trop abondante d'aliments, ce qui semblerait annoncer que le pharynx était aussi paralysé.

Autopsie. Dans l'épaisseur du lobe droit du cervelet, à sa circonférence, près de sa surface, en dehors et en arrière, tumeur verdâtre, assez dense, du volume d'une grosse noix ; le tissu cérébelleux est sensiblement ramolli tout autour. (M. Hérard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1846, p. 71.)

Obs. XXXIX. — Homme de 28 ans, dont la vue s'affaiblit peu à peu. Pupilles immobiles, prolapsus de la paupière supérieure droite, amaurose complète, hémiplégie droite.

Autopsie. Tumeur tuberculeuse dans le lobe gauche du cervelet (Duplay, *Archives gén. de méd.*, t. XII, 2e série.)

(1) Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Vulpian les observations inédites 35 et 36.

Digitized by Google

Obs. XL. — Femme de 72 ans, prise subitement d'un étourdissement violent avec perte de connaissance ; pupilles contractées, sensibilité conservée, renversement de la tête en arrière, coma, convulsions. Mort au bout de quatre jours.

Autopsie. Épanchement énorme dans le cervelet, étendu presque également à droite et à gauche, et se prolongeant cependant plus avant du côté droit ; la substance du cervelet est déchirée et profondément altérée ; l'épanchement peut être évalué à 4 ou 5 onces. (Bayle, *Revue médicale*, t. II, p. 70 ; 1824.)

Obs. XLI. — N....., âgé de 5 ans, est entré à l'hôpital des Enfants Malades le 4 janvier 1842. Cet enfant a toujours eu une excellente santé jusqu'à il y a environ quatre mois, époque à laquelle il a commencé à éprouver des accès violents de céphalalgie occipitale accompagnés de vomissements. Ces accès se sont reproduits presque journellement, et depuis six semaines la tête a commencé à s'incliner sur l'épaule gauche et le tronc à s'incurver du même côté. Ces symptômes ont successivement augmenté de manière à rendre la démarche chancelante et mal assurée ; il s'y joint de temps en temps des convulsions toniques bornées à la moitié gauche du corps. L'intelligence de l'enfant a baissé notablement. Enfin, depuis trois mois, les parents ont remarqué un développement anormal de la tête ; l'enfant se masturbait continuellement depuis l'âge de 3 ans. Outre les symptômes précédents, on constatait une dilatation large et égale des deux pupilles, même à une lumière vive ; la vue était conservée, la motilité des membres supérieurs affaiblie. L'incurvation du tronc disparaissait quand l'enfant était couché. Le 16 janvier, plusieurs attaques épileptiformes, bornées aux membres supérieurs et aux muscles du dos et suivis d'un état comateux avec lenteur du pouls, 56 pulsations, puis, le soir, retour de l'intelligence. État stationnaire jusqu'au 11 février ; alors survient un assoupissement habituel et un commencement d'hémiplégie faciale gauche. Il y a en outre de la dilatation des pupilles, de la contracture dans les muscles du dos et par moments des contractions toniques légères dans les bras ; la sensibilité est conservée, toux et fièvre. Le 22 février, coma profond et résolution des muscles, convulsions des globes oculaires, pupilles égales et rétrécies, pouls à 180 ; mort dans la nuit.

Autopsie. Les sutures de la voûte crânienne sont écartées et membraneuses ; les os ont leur épaisseur ordinaire. La duremère est tendue, l'arachnoïde poisseuse, les hémisphères fluctuants ; les ventricules contiennent 200 grammes au moins de liquide sans ramollissement notable de leurs parois ; granula-

Digitized by Google

tions dans les scissures de Sylvius avec infiltration plastique au niveau de l'exagone artériel. Le cerveau n'offre pas de tubercules non plus que ses pédoncules et la protubérance. La tente du cervelet est soulevée et tendue à droite ; le cervelet présente à la partie inférieure et interne de son hémisphère droit, au niveau du lobule du pneumogastrique, une tuméfaction qui comprime la partie correspondante de l'hémisphère gauche ; le vermis inférieur aplati et un peu repoussé à gauche et le corps restiforme aplati dans toute sa hauteur ; dans le point malade les lamelles sont moins distinctes ; les membranes entraînent la pulpe nerveuse ramollie. Sur la coupe, on trouve un tubercule cru, du volume d'un gros œuf de pigeon, ramolli en deux points centraux seulement ; le processus *cerebelli ad testes* est ramolli, ainsi que les origines des septième et huitième paires droites qui se déchirent à la moindre pression ; le sinus droit et le sinus latéral droit sont perméables et sans caillots ; aucun tubercule dans le reste du cervelet, la protubérance, le bulbe et la moelle ; on n'en trouve pas non plus dans les autres organes. (Observation de M. Legendre, extrait de la thèse de M. Kœchlin, p. 46 ; 1858.)

Cette observation comprend plusieurs groupes de symptômes ; d'abord les troubles de la motilité, puis les troubles intellectuels ; ces derniers se rattachent à l'hydrocéphalie, tandis que les troubles du mouvement, la dilatation pupillaire, dépendent de l'altération cérébelleuse. L'hémiplégie faciale gauche, qui est indépendante de ce dernier genre de lésions, tient au siège du tubercule cérébelleux. Remarquons encore que la sensibilité n'avait pas subi la moindre altération.

Obs. XLII. — Homme de 60 ans, qui se plaint depuis un an de céphalalgie atroce sans siége précis ; il est amaurotique depuis la même époque ; il ne pouvait même, dans son lit, rester en repos, de telle façon qu'il était obligé de se cramponner pour ne pas être en butte à des mouvements continuels ; lorsqu'il s'asseyait il était obligé de se cramponner encore plus violemment ; il avait des hallucinations continuelles sur son état morbide et prétendait chaque jour être tombé de son lit à diverses reprises et s'être fait des plaies de toutes sortes.

Autopsie. Foyer dans l'un des lobes cérébelleux, de la grosseur d'une noisette ; ramollissement des circonvolutions cérébrales a leur convexité. (Observation communiquée par M. Laborde, interne des hôpitaux.)

Dans ce cas il y a une altération cérébelleuse et une altéra-

Digitized by Google

tion cérébrale : la première, caractérisée par la céphalalgie, les troubles de la motilité et l'amaurose ; la seconde, par les hallucinations ; ce fait montre un individu qui a conscience de la perversion des mouvements dont il est affecté, et qui en même temps délire sur sa maladie. L'anatomie pathologique concorde avec la symptomatologie.

Obs. XLIII. — Petite fille de trois ans et demi, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.

Le 22, elle est prise d'angine ; le 23, de vomissements avec mouvements convulsifs de la face tout entière, mais surtout la moitié gauche est agitée de mouvements spasmodiques, principalement marqués dans les globes oculaires ; ces mouvements existent également dans les membres supérieur et inférieur du côté droit.

Bientôt l'attaque se suspend, recommence après quelques minutes et dure trois heures ; coma, puis nouvel accès convulsif.

Ces alternatives se prolongent jusqu'au 1er mai ; le calme revient, ainsi que la santé, pendant cinq à six jours ; les convulsions se reproduisent de nouveau par accès pendant trois à quatre heures ; coma et mort pendant une dernière attaque.

Autopsie. A la face supérieure de l'hémisphère gauche du cervelet, existent des granulations tuberculeuses ; une tumeur de même nature et du volume d'une noisette est enkystée dans le centre du lobe cérébelleux droit. (M. Lala, *Bulletins de la Société anatomique*, p. 198 ; 1855.)

Obs. XLIV. — Une fillette de 2 ans et demi, atteinte de coxalgie et qui, au commencement de juin, est prise d'anorexie, diarrhée, fièvre, pleurésie du côté gauche, puis coma. Le 10 juin, strabisme divergent de l'œil droit, convergent de l'œil gauche, qui persiste jusqu'au 12.

Ce strabisme est intermittent, puis mouvements convulsifs des deux côtés de la face et du côté gauche du corps ; mort dans la nuit.

Autopsie. A la face supérieure du cervelet, sur le vermis supérieur, une pseudo-membrane qui couvre cette éminence ; elle s'étend sur la face des hémisphères cérébelleux jusqu'à la protubérance et paraît déposée dans la pie-mère. (M. Lala, *ibid.*, p. 237.)

Obs. XLV. — Enfant de 3 ans et demi, bien constitué, est amené à l'hôpital des Enfants Malades le 28 février. Il ne présente, depuis un mois, qu'un seul symptôme, des vomissements opiniâtres.

Digitized by Google

Le 10 mars, il eut deux ou trois attaques convulsives. Le 22, pupilles dilatées et insensibles à la lumière, vomissements incessants, intelligence et sensibilité conservées. Le 23, à dix heures du soir, succession d'attaques convulsives avec cris perçants, céphalalgie vive pour la première fois; mort à dix heures et demie.

Autopsie. Tumeur encéphaloïde du volume d'une grosse noix, adhérente aux membranes du cervelet et pénétrant dans la partie inférieure du lobe gauche ; cerveau sain. (Dr Hillier, *Transactions of the pathological Society of London*, p. 26, 1859.)

Obs. XLVI. — K....., entré le 25 novembre 1861 dans le service de M. le professeur Grisolle ; céphalalgie très violente, intermittente, revenant tous les trois ou quatre jours, dans l'intervalle desquels santé parfaite. Bientôt une nouvelle crise de douleurs qui dura trois à quatre jours. Aucun trouble du mouvement ; puis apparaissent des vomissements verdâtres abondants d'une extrême ténacité. Dans les derniers jours, la vue est considérablement affaiblie ; coma le 2 février 1862 ; le malade meurt quatre jours après.

Autopsie. Tubercule de la grosseur d'une noix dans le cervelet. (Observation communiquée par M. le Dr Raynaud.)

Obs. XLVII. — Homme de 47 ans, est pris de céphalalgie avec pesanteur de tête qui augmente quand il se baisse. La maladie débute en mai 1816 et augmente graduellement. Au mois d'août, la vue commence à s'affaiblir, vertiges. Au mois de novembre, le malade ne peut plus voir les objets qu'à une très vive lumière.

En décembre, il est complètement aveugle. La douleur est persistante.

Au milieu de janvier, stupeur et perte de mémoire ; mort dans le coma le 31 janvier.

Autopsie. Une tumeur du volume d'un gros œuf est fixée à la tente du cervelet et disposée de manière qu'une partie se trouve au-dessous et l'autre au-dessus de la tente ; la faux pénètre dans la substance de cette tumeur par la partie supérieure. A l'intérieur, elle présente un tissu dense qui ressemble au tissu du rein. (Abercrombie, *op. cit.*, p. 485.)

Obs. XLVIII. — Un enfant de 20 mois ne présente d'autres symptômes remarquables qu'un mouvement continuel de la tête de droite à gauche ; il est pâle et sans fièvre et ne paraît pas souffrir ; il meurt émacié.

Autopsie. Dans le lobe du cervelet, tumeur enkystée du volume d'une noisette, qui contient de petites concrétions dures

Digitized by Google

comme des concrétions osseuses. (M. Andral, in *Journal de physio logie*, cité par Abercrombie, p. 475.)

Obs. XLIX. — Le 8 avril 1854, une enfant, âgée de 4 ans, est transportée à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Bouchut, salle Sainte-Rosalie. Jusqu'à l'âge de 2 ans, elle eut une santé parfaite. A cette époque, elle fut prise de mouvements convulsifs avec délire ; la tête et le tronc s'inclinèrent peu à peu à droite.

Depuis huit mois, la marche était devenue impossible ; depuis trois mois, la petite malade eut des vomissements et de la diarrhée ; enfin l'amaurose se développa graduellement. Lors de son entrée à l'hôpital, les pupilles étaient dilatées, les paupières mobiles, la cornée était insensible, l'amaurose complète ; le cou est porté en arrière et à droite, le tronc n'est pas sensiblement dévié ; l'enfant ne peut pas mouvoir sa tête, mais les mouvements des membres sont spontanés ; les membres sont agités de petits mouvements convulsifs qui sont douloureux et déterminent des cris ; la peau est hyperesthésiée ; tumeur blanche du coude droit et de quelques orteils ; le pouls est petit, à 100 pulsations ; la respiration est libre ; l'enfant demande à manger ; ventre indolent à la pression, selles liquides. Même état pendant tout le mois d'avril ; les facultés intellectuelles restent intactes, la tête est toujours renversée en arrière et à droite, l'appétit est extrême. Pendant tout le mois de mai, le pouls devient plus fréquent, à 120 pulsations ; la céphalalgie est plus vive, la contracture des muscles du cou plus prononcée, l'occiput est incliné sur le rachis ; les muscles des membres sont contracturés, les mouvements sont douloureux ; la peau est sèche et brûlante, sueurs profuses, soif extrême, appétit conservé.

Vers le 15 mai, l'enfant a des vomissements, de l'inappétence, de la dysphagie, la langue est épaisse et sèche, dévoiement persistant.

Le 31, la malade est prise de mouvements convulsifs des yeux et des membres, tout en conservant son intelligence ; elle meurt subitement peu de temps après.

Autopsie. Le crâne n'est pas complètement soudé au niveau de la fontanelle postérieure ; adhérence intime de la dure-mère au crâne, sérosité arachnoïdienne, congestion légère de la pie-mère, épanchement ventriculaire. Les lobes optiques, les nerfs optiques, et les tubercules quadrijumeaux, ne sont pas détruits ; les parties superficielles du cerveau sont macérées, sans ramollissement ; le lobe gauche du cervelet est en bouillie, il a entièrement perdu sa structure ; sur la circonférence sont développées deux grosses tumeurs arrondies, compactes, dures, lisses à la

Digitized by Google

coupe et jaunâtres ; le microscope y a montré de la substance tuberculeuse. Le lobe droit, ramolli seulement, mais ayant conservé sa forme et sa structure, présente à sa circonférence une tumeur semblable, un peu moins grosse ; la protubérance et la moelle allongée sont saines. Les poumons sont engoués et renferment des granulations jaunâtres. Adénite tuberculeuse bronchique. Foie gras. Chaque rein renferme une grosse masse de matière tuberculeuse. Adénite mésentérique. Pas de péritonite. Nombreux lombrics dans l'intestin grêle, dont la muqueuse est intacte. Ulcérations du côlon. Tumeur blanche du coude droit.

Cette observation, que M. Bouchut a bien voulu nous communiquer, présente la plus parfaite analogie avec celles que nous avons citées. Nous n'y constatons qu'un phénomène anormal que nous n'avons rencontré dans aucun autre cas d'altération simple du cervelet, l'hyperesthésie de la peau. Il faut remarquer d'abord que l'analyse de la sensibilité chez les enfants en bas âge offre les plus grandes difficultés. L'hyperesthésie a été notée lors des mouvements convulsifs des membres. On doit bien distinguer ces douleurs éveillées par de violentes contractions musculaires des troubles de la sensibilité qui pourraient être liés directement à une lésion d'une partie des centres nerveux.

Pour abréger cette énumération de faits, déjà trop longue peut-être, nous ne rapporterons les suivants qu'avec la plus grande concision, de façon toutefois à mettre en relief les symptômes sur lesquels nous désirons appeler l'attention. Loin de nous la prétention de réunir toutes les observations éparses dans les annales de la science et qui pourraient servir à confirmer nos propositions.

Nous pensons que le nombre de celles qui sont insérées dans ce mémoire suffira pour inspirer une conviction au lecteur et jeter quelque lumière sur un sujet encore si obscur.

Obs. L. — Homme de 33 ans qui a éprouvé des vertiges, des éblouissements ; les pupilles sont dilatées ; vomissements. Mort subite.

Autopsie. Dans le lobe droit du cervelet, tumeur dure de la grosseur d'une noix, plus rapprochée de la face inférieure que de la supérieure. (Bell, *Revue médicale*, 1824.)

Obs. LI. — Femme de 74 ans, d'une robuste constitution. Depuis quelque temps, elle éprouve de violents maux de tête, elle est assoupie, a de la lenteur dans les mouvements.

Le 27 août, perte subite de connaissance, face non déviée,

Digitized by Google

paupières rapprochées, pupilles contractées, résolution des membres, ceux du côté gauche exécutent des mouvements assez étendus ; le membre inférieur droit reste complètement immobile ; le membre supérieur du même côté se meut, mais à peine ; hoquet, émission involontaire d'urine, et mort.

Autopsie. Lobe gauche du cervelet transformé en une cavité remplie de sang coagulé. (Félix Cazes, thèse de Paris, 1824, n° 5.)

Obs. LII. — Homme de 37 ans, atteint de céphalalgie occipitale; tête portée en arrière, les yeux sont fixes et immobiles ; la marche difficile, puis impossible ; hémiplégie du côté droit, mouvements convulsifs des membres; intelligence et sensibilité conservées. Dans les derniers jours, dilatation inégale des deux pupilles, strabisme intermittent de l'œil droit en haut et en dehors. Mort subite.

Autopsie. Ramollissement de la face supérieure du lobe droit du cervelet. Le lobe gauche est sain, ainsi que le reste des centres nerveux. (M. Tailhé, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1849.)

Obs. LIII. — Individu atteint de céphalalgie, affaiblissement des mouvements, sensibilité et intelligence intactes, exagération dans les fonctions des organes génitaux. Dans les derniers temps surviennent de l'orthopnée, de la cyanose, enfin mort.

Autopsie. La partie inférieure du lobe moyen du cervelet est proéminente en bas. Corps dur dans le lobe médian, dont la substance est détruite presque entièrement ; ce corps étranger repousse le bulbe, qui est aplati (1). (H. Martineau, *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 214.)

Obs. LIV. — Individu de 38 ans, d'une bonne constitution. Début de l'affection caractérisée par des étourdissements dont la fréquence a été en augmentant jusqu'à une et deux fois par semaine ; plus tard, il se joignit une hémiplégie du côté droit, avec des mouvements convulsifs affectant tous les membres, et particulièrement ceux du côté droit, puis perte de connaissance, accès épileptiformes. Après un laps de temps indéterminé, résolution musculaire, respiration stertoreuse, coma, mort.

Autopsie. Le côté droit du cervelet est presque complètement

(1) Nous pensons, avec M. Pétrequin, qu'une lésion du lobe médian détermine les érections en exerçant sur le moelle allongée une compression directe. C'est de faits de ce genre, dans lesquels le lobe médian était atteint, que Gall avait déduit la théorie sur le rôle physiogique du cervelet au point de vue des fonctions de la production. Cette théorie est aujourd'hui généralement abandonnée.

Digitized by Google

détruit par une tumeur qui prend son origine dans la dure-mère. (Mazier, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1850.)

Obs. LV. — Femme de 37 ans, prise de vertiges, strabisme divergent, amaurose, troubles des mouvements, affaiblissement musculaire ; mort.

Autopsie. Tumeur étendue dans le cervelet. (H. Schœrer, *Gazette médicale*, 1862.)

Obs. LVI. — Homme de 21 ans, éprouve de violentes céphalalgies occipitales, insomnie, opisthotonos, dilatation des pupilles. Vers la fin, subdélirium ; mort subite au bout de six jours.

Autopsie. Vaste abcès qui occupe plus de la moitié du cervelet. (Merchié, *Gazette des hôpitaux*, 1855.)

Obs. LVII. — Individu de 55 ans, atteint de céphalalgie frontale depuis plusieurs mois. La démarche est chancelante. Affaiblissement des membres supérieurs, qui va en augmentant. Après deux mois, coma et mort.

Autopsie. Le vermis supérieur est légèrement dévié à gauche ; kyste dans le lobe droit, qui en a détruit la plus grande partie, et renfermant au moins 30 grammes de liquide. (M. Hérard. *Gazette des hôpitaux*, 1860.)

Obs. LVIII.—Fille de 35 ans, céphalalgie intense, affaiblissement de la vue, puis amaurose ; station impossible. Après six mois de maladie, mort par suite de diarrhée.

Autopsie. Tumeur dans le lobe droit du cervelet, qui a réduit son volume de moitié, pas d'ulcération des tubercules quadrijumeaux. (Vingtrinier, *Archives générales de médecine*, 1re série, t. V.)

Obs. LIX. — Enfant âgé de 11 ans, céphalalgie occipitale, strabisme, affaiblissement de la vue. Le strabisme disparaît après six semaines. Difficulté d'articuler les mots, pupilles alternativement dilatées et contractées.

Autopsie. Tubercules dans le lobe moyen du cervelet. (Bell, *Archives de médecine*, 2e série, t. IV.)

Obs. LX. — Homme âgé de 40 ans, grande faiblesse de la marche, amaurose complète, sensibilité et intelligence intactes, point de vomissements.

Autopsie. Masse tuberculeuse dans le cervelet. (*The Liverpool medico-chirurgical Journal*, january 1861.)

Obs. LXI. — Homme de 40 ans, hémiplégie gauche incomplète. La vue s'affaiblit rapidement. Au bout de dix jours, le malade distingue à peine les objets environnants.

Digitized by Google

Autopsie. Lobe droit du cervelet converti en une poche purulente. (M. Duplay, *Arch. gén. de méd.*, mém. déjà cité.)

Obs. LXII. — Fille de 4 ans, malade depuis six mois, céphalalgie occipitale, vomissements. Station et marche impossibles ; énorme dilatation pupillaire ; embarras de la parole.

Autopsie. Lobe cérébelleux droit sain ; lobe gauche saillant repoussé par une tumeur tuberculeuse. (M. Millard, *Bull. de la Soc. anat.*, 1857.)

Obs. LXIII. — M. Balme-Dugarry présente un fongus développé dans le lobe droit du cervelet. Les symptômes observés furent : céphalalgie intense, vue trouble un mois avant la mort ; intelligence et sensibilité conservées ; station impossible, le malade couché peut mouvoir ses membres, hoquet continuel. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1841.)

Obs. LXIV. — Jeune homme de 17 ans, pupilles dilatées, paupières demi entr'ouvertes ; les yeux sont couverts de mucosités vers les angles des paupières ; trismus ; résolution générale, coma, mort.

Autopsie. Kyste purulent du lobe cérébelleux gauche. Le lobe droit est sain. (M. Dumont, *Bull. de la Soc. anat.*, 1859.)

Obs. LXV. — Enfant de 5 ans, dont la vue s'affaiblit graduellement ; ses pupilles sont dilatées ; vomissements répétés ; hémiplégie gauche ; embarras de la parole ; après trois mois, cécité complète. Intelligence et sensibilité intactes.

Autopsie. Lobe gauche du cervelet ramolli ; lobe droit sain. (Dr Martini, *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. II.)

Obs. LXVI. — Homme de 40 ans, qui éprouve des céphalalgies occipitales vives, vomissements ; la vue s'affaiblit peu à peu ; mort après un an.

Autopsie. Tumeur dans le lobe gauche du cervelet. (Obs. du professeur Nasse, extrait des lettres de Lallemand sur les *malad. de l'encéph.*, t. III, p. 381.)

Obs. LXVII. — Homme de 55 ans, perd subitement connaissance le 11 juillet. Il est frappé d'une hémiplégie droite ; trois jours après, il a recouvré son intelligence ; la sensibilité est intacte ; opacité de la cornée du côté droit, perte de la sensibilité de la paupière supérieure droite et du globe oculaire ; mort subite huit jours après l'invasion de la maladie.

Autopsie. Le cerveau est sain ainsi que le lobe droit cérébelleux. La substance blanche du lobe gauche est réduite en bouillie. (*Ibid.*, p. 134.)

Digitized by Google

Obs. LXVIII. — M...., blanchisseur, âgé de 50 ans, se sentit engourdi le 12 août 1821. La jambe droite lui parut très lourde. La nuit, il fut pris d'un étourdissement violent avec perte de connaissance ; il était dans une stupeur et une sensibilité profondes ; vomissements. Le 13, on lui pratiqua une saignée, puis il fut conduit à l'hôpital, présentant les symptômes suivants ; face rouge, respiration lente, menace de suffocation, pouls fort et intermittent, hémiplégie droite, mouvements légers dans le bras quand on l'excite, immobilité et rigidité de la jambe, œil fixe, pupilles resserrées et très sensibles à l'action de la lumière. Dans la soirée, le malade est agonisant, la respiration fréquente, entre-coupée ; il meurt dans la nuit, après avoir eu quelques mouvements convulsifs des muscles de la face.

Autopsie. Cerveau intact. A la base de l'hémisphère gauche du cervelet se trouve un foyer contenant environ une once de sang. (Serres, *Journ. de physiol.,* août 1822, p. 257.)

Obs. LXIX. — M. Blondeau présente une tumeur encéphaloïde du cervelet ayant envahi une partie du rocher. Les phénomènes observés furent une hémiplégie faciale à gauche, amaurose et surdité du même côté, sensibilité et intelligence intactes. (Blondeau, *Bull. de la Société anat.*, 1847.)

Obs. LXX. — Malade qui, depuis plusieurs mois, éprouve des céphalalgies occipitales vives, vomissements à plusieurs reprises ; grand affaiblissement des membres ; la cornée est terne ; la sensibilité et l'intelligence sont intactes.

Autopsie. Tubercule volumineux dans les deux hémisphères cérébelleux, envahissant la moitié de la substance de cet organe. (Rennes, *Arch. gén. de méd.*, t. XVII.)

Obs. LXXI. — Individu qui éprouve de la céphalalgie depuis plusieurs mois ; aucun autre symptôme ; mort subite.

Autopsie. Tumeur dans l'épaisseur du lobe gauche du cervelet, dans la partie postérieure et inférieure. (Duménil, *Bull. de la Soc. anat.,* 1852.)

Obs. LXXII. — Homme de 32 ans, entré, le 12 avril 1857, à l'hôpital. Violente céphalalgie occipitale, surtout à droite ; affaiblissement général des mouvements ; la vision de l'œil droit plus faible que celle de l'œil gauche ; quelques vomissements. Mort subite après six semaines de maladie.

Autopsie. Dans le lobe droit du cervelet, kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon. (Le Dr James Turnbull.)

Obs. LXXIII. — Jeune fille de 18 ans ; céphalalgie qui provoque

Digitized by Google

des cris de douleurs. Sept jours après, propension au coma dont on put la tirer assez facilement ; puis strabisme, dilatation pupillaire. L'intelligence et la sensibilité furent conservées jusqu'à la mort, qui eut lieu le quinzième jour de la maladie.

Autopsie. Abcès dans le lobe gauche du cervelet. (Abercrombie, *op. cit.*, p. 153.)

Obs. LXXIV. — Une jeune fille de 18 ans eut une attaque d'apoplexie, dont le résultat fut une amaurose, sans autre paralysie, et une céphalalgie habituelle ; mort deux ans après.

Autopsie. Ancien foyer apoplectique dans le lobe droit du cervelet. (Michelet, thèse inaug ; Paris, 1827.)

Obs. LXXV. — T...., âgé de 6 ans, ressent, à la suite d'une chute sur la tête, des douleurs violentes, au mois de janvier 1823.

Au mois de mars, la tête est portée en arrière, la vue s'affaiblit notablement. Le malade entre à l'hôpital le 18 mars 1823. Les mouvements du bras, à cette époque, sont très difficiles ; la vue diminue de plus en plus, puis cécité. Il reste huit mois dans cet état. Dans les derniers mois, il est épuisé par une diarrhée chronique.

Le 14 novembre, il pousse quelques cris et meurt subitement.

Autopsie. Le lobe droit du cervelet renferme des tubercules enkystés, ramollis. (Léveillé, thèse de Paris, 1824, p. 289.)

Obs. LXXVI. — Enfant de 10 ans, entre, dans le courant de septembre, à l'hôpital Saint-Thomas, frappé depuis quelque temps de cécité complète. Les symptômes présentés par l'enfant pendant son séjour à l'hôpital sont : vomissements incoercibles, cécité, mouvements convulsifs ; mort par suite des progrès d'une phthisie aiguë.

Autopsie. Masse tuberculeuse située à la partie supérieure et antérieure du lobe gauche du cervelet ; cerveau sain. (Dr Bristow, *The Lancet*, t. I, p. 217 ; 1861.)



Digitized by Google

DE LA SURDITÉ CHEZ LES MUSICIENS (1)

Il est inutile de le dissimuler : chaque profession imprime à celui qui l'exerce sa marque spéciale, et l'empreinte de son cachet est souvent reconnaissable par les observateurs les moins attentifs. Le militaire quitterait en vain l'uniforme, et il aurait tort de vouloir se faire passer pour un séminariste ; un prêtre a ses habitudes extérieures comme un médecin a les siennes ; un marin a sa physionomie, son gabarit, pourrait-on dire ; un magistrat son apparence de dignité et de réserve ; il ne sera jamais confondu avec un avocat aux allures libres, à la voix élevée, un peu criarde, atteint d'une loquacité qui le pousse souvent un peu loin dans des sujets qu'il ignore, mais sur lesquels il trouve toujours à dire et parfois pendant longtemps.

Cette figure nouvelle, que nous revêtons dès que nous avons endossé notre nouvel habit professionnel, a gravé son estampille jusque sur nos moindres organes.

Dans son mémoire « *La main des ouvriers et des artisans* », M. le Dr Vernois a prouvé comment il est facile de reconnaître, à la première inspection, une blanchisseuse, une repasseuse, un tanneur, un charretier, un menuisier, un charpentier, un musicien.

Si ce musicien joue de la contrebasse ou du violon, s'il sonne du cor ou de la trompette, s'il bat du tambour ou s'il blouse les timbales, il le porte écrit dans sa main ; mais, chose plus singulière, il porte aussi dans son oreille sa marque distinctive.

On raconte que Démocrite, à force d'avoir regardé le soleil, devint aveugle sur la fin de sa vie ; personne n'en est surpris, car une trop éclatante lumière n'est pas sans danger pour la vue.

On ne sera pas étonné d'apprendre que rien n'est si commun que de voir des musiciens devenir sourds, à force d'avoir abusé de leur organe auditif ; mais, ce qui est plus piquant, c'est que chaque musicien a sa manière d'être sourd, suivant l'instrument dont il nous régale.

Il y a, dans nos orchestres, trois sortes de musiciens instrumentistes : ceux qui jouent des instruments à vent, à cordes, à percussion. Ces derniers ne sont pas les plus sourds, quoiqu'ils soient réputés faire le plus de bruit. S'ils deviennent sourds, c'est qu'ils sont exposés comme les autres aux causes générales, par exemple au froid à la tête.

On étouffe dans les théâtres, ai-je besoin de le rappeler ; l'ac-

(1) Dr Prat. *Journal d'Hygiène*, 1875, octobre.

Digitized by Google

cumulation des personnes et des lumières vous plonge dans un milieu chaud et humide qui vient encore augmenter chez les musiciens la chaleur produite par la tension d'esprit, les mouvements précipités occasionnés par l'accord fréquemment répété de leur double instrument, comme chez les timbaliers, et les changements subits qui les font aller d'un instrument à l'autre : car ils ne sont pas tous à l'Opéra, et l'économie des directeurs les charge à la fois de tout ce que l'on peut appeler la batterie de cuisine de l'orchestre, grosse caisse, tambour, triangle ; notez aussi que ce sont eux la plupart du temps qui sauvent la situation quand un compositeur s'est trop égaré dans une harmonie risquée ; si c'est une opérette, il ne se donne pas la peine de chercher sa transition ; le timbalier est là, il frappera dur, fort et longtemps, en sorte que le public étourdi sera tout étonné et fort satisfait de se retrouver dans un ton qui lui ménage une mélodie agréable. Autrefois on aurait fait dix opéras comiques avec tout ce que l'on entasse de musique dans une opérette. A la fin de l'acte, notre homme souffle, sue, il est rendu ; aussitôt on ouvre toutes les portes derrière lui, une douche d'air froid frappe ses oreilles, c'est là que l'exercice avait accumulé la chaleur, c'est sur leur plaque vibrante qu'elle rayonne, c'est sur leur surface libre, au-dessus et au-dessous que se fait la déperdition ; un froid insensiblement répété tous les soirs dans des circonstances identiques agit sûrement aux dépens de l'organe et de sa fonction.

Mais c'est un homme soigneux de sa personne, il a quitté sa place trop exposée à tous les vents pour aller continuer sa sudation dans un foyer qu'on pourrait appeler une fournaise. Au coup de sonnette, il reprend sa place, le rideau se lève, et un manteau de glace s'affaisse sur ces pauvres musiciens de l'orchestre, qui ne peuvent se préserver du froid qu'en frottant vigoureusement leurs cordes ou en soufflant à pleins poumons, ou en frappant à tour de bras.

Un souffleur de clarinette est tout congestionné, sa figure est violette sous l'influence de l'effort prolongé ; on dirait un homme qui se noie ; heureusement les glandes sudoripares, comme autant de soupapes de sûreté, s'ouvrent, et la tension sanguine est diminuée d'autant. Mais l'oreille ébranlée, surexcitée, animée, trouvera après une action si violente le moment de la résolution et de la prostration ; c'est dans ce second moment qu'elle est atteinte par la moindre cause perturbatrice.

On a toujours besoin, pour bien entendre, d'une excitation préalable ; de là l'habitude des musiciens de commencer toujours par un préambule, une introduction, un prélude.

Digitized by Google

Ils regardent comme un art, mieux que cela, une grande science, de savoir préluder. Mais ce qu'ils ne savent pas, c'est qu'on a toujours besoin pour bien entendre, quelque bien portant que l'on puisse être par l'oreille, d'un frémissement sonore. C'est une loi de physique parfaitement établie par les travaux récents d'Helmoltz, de Lissajoux, de Terquem, etc., à savoir que jamais un son n'est simple.

On entendrait mal un orchestre, s'il n'était placé sur une caisse de bois, percée de trous, qui augmentent sa sonorité ; aussi le violon qui n'est formé, pour ainsi dire, que d'une seule corde aisément modifiable, a-t-il sa boîte sonore composée de bois différents dont chacun donne une note musicale à un intervalle de seconde de la précédente, et concourt ainsi au bourdonnement qui facilite l'audition. Il est même à remarquer qu'en omnibus, dans un clocher pendant la sonnerie, derrière les tambours à l'armée, ou pendant une bataille, ce sont les sourds qui entendent le mieux au milieu de cette confusion de sons, et parfois transmettent le commandement à leur voisin, qui avait de trop bonnes oreilles pour le comprendre.

Dès lors qu'on a reconnu la nécessité du bruit et de l'ébranlement sonore, pour la compréhension du son musical par l'oreille, on ne s'étonnera plus de trouver dans nos orchestres tant de musiciens sourds, qui, le soir, entendent parfaitement, et avec une délicatesse qui, souvent, n'est pas atteinte par l'organe le mieux portant.

Voilà une clarinette ou un trombone affligé d'un écoulement d'oreilles, son mal s'aggravera, et ira jusqu'au sang s'il persiste à souffler dans son instrument. Tel autre est sujet aux angines, sa respiration sera de plus en plus difficile, et l'arrière-bouche ainsi que la trompe d'Eustache seront atteintes par l'inflammation.

Voyez ce violon, il penche son oreille gauche sur son instrument ; plus elle reçoit de son, plus il est satisfait, et il trouve sa maladie dans cet ébranlement nerveux qu'il recherche jusqu'à l'abus ; il se grise comme un buveur d'absinthe. Aussi les violons ont-ils presque toujours l'oreille gauche moins bonne que la droite. Je ne veux nommer personne, mais en cherchant bien on trouverait que ceux qui jouent du violon, je parle des habiles qui passent des dix heures par jour à faire chanter leur instrument, sont largement prédisposés aux maladies cérébrales.

Je pourrais donner de nombreux exemples, et nos musiciens contemporains fourniraient bien des noms ; mais on concevra facilement que je me sente arrêté immédiatement par des raisons

Digitized by Google

de convenance. On peut faire d'ailleurs l'observation soi-même dans un orchestre ; aussitôt la musique terminée, si on parle à un musicien, il tend le cou, il ouvre la bouche à demi, il ouvre les yeux en les portant légèrement en haut, sans vous regarder (ce qui n'est pas habile pour un sourd). On devine qu'une oreille remplit mieux ses fonctions que l'autre ; quelquefois il met sa main derrière en forme de conque.

Je ne veux pas rappeler ici l'histoire légendaire de ce musicien sourd, le plus célèbre de tous, si ce n'est pour relever quelques particularités instructives.

La chevelure abondante de Beethoven rappelait celle des Papouas, habitants de la Nouvelle Guinée septentrionale, que Dampier désigne sous le nom de *Mop-Headed-Papuas*, Papouas à tête de vadrouille (1).

La plupart du temps, le peuple crée les mots, et le savant s'en empare.

Beethoven avait donc sur la tête un amas de cordons de laine qui lui servait de chevelure. Il travaillait beaucoup, son cerveau était toujours en activité, et son esprit se tordait, pour ainsi dire, en combinaisons de toute sorte. Lorsqu'on passe brusquement d'un mouvement prodigieux à un repos immédiat, il se produit une chaleur énorme, la théorie thermodynamique le prétend et elle le prouve ; mais la physiologie nous apprend que l'équilibre se rétablit instantanément par une suractivité dans certaines sécrétions, par une sueur abondante, pour ne parler que de l'une d'elles, dont l'évaporation amène un froid subit, quelquefois plus grand que n'était la chaleur elle-même.

Ce froid, qui accompagnait l'écriture après la chaleur de la pensée, ne venait pas encore assez vite au gré de Beethoven ; il courait à sa toilette, (c'est lui qui nous l'apprend) il se plongeait la tête dans une cuvette d'eau la plus froide possible.

Plus tard il prit une nouvelle habitude, aussi désastreuse pour sa santé. Il partait de grand matin et restait des journées entières au milieu des bois, composant toujours, s'exposant à l'humidité de leurs ombrages, la tête toujours découverte. Aussi se plaint-il continuellement des névralgies dont il souffre, et dont il est facile de rapporter la cause à sa conduite déréglée sous le rapport de l'hygiène.

Beethoven a donc cherché et obtenu une surdité rhumatismale, et la persévérance qu'il a mise à faire durer la cause per-

(1) Tampon de laine, attaché à un long manche et servant à nettoyer le pont des navires (Littré).

Digitized by Google

turbatrice a occasionné des désordres qui ont bientôt rendu l'effet grandissant et ont assuré sa persistance.

Je ne prolongerai pas outre mesure cette partie de l'histoire de la surdité, et pourtant j'aurais beau jeu. Jean-Jacques Rousseau ne nous apprend-il pas dans ses Confessions que son état de surdité fut une des causes déterminantes de sa misanthropie.

Le nombre des musiciens sourds est énorme. On se rappelle Francastel, un prix de Rome, qui composa je ne sais combien de musique ; Tréville, premier violon dans un des théâtres de Paris ; Alary, Habeneck, Bizet, Camille Schubert, Giulia Grisi, un organiste que je ne veux pas nommer ; une quinte que tous les musiciens connaissent ; un ophicléïde célèbre, Fraschini, Planel, et celui qui a eu le prix de cor en 185... au Conservatoire, etc., etc., et notez que je ne parle que des musiciens célèbres par leur extrême surdité.

En résumé : l'excès en tout est un défaut, et l'exercice excessif d'un organe le fatigue et l'altère ; c'est une cause de maladie ; on est malade comme on peut, les gourmands par le ventre, et les autres autrement. D'autant plus que les gros mangeurs ont toujours faim, et les ivrognes toujours soif, les soldats préfèrent les batailles qui leur rapportent le plus de blessures, et les médecins vont sans souci s'exposer au danger du choléra ; quand ils ne l'ont pas sous la main, ils vont le chercher en Egypte, et souvent ils le rencontrent en chemin, comme Thouret qui en est mort à Toulon. Pour le musicien, l'abus est d'autant plus facile que le bruit appelle le bruit ; il en est ainsi même des oiseaux chanteurs qui gazouillent plus volontiers et plus fort au milieu de l'éclat d'une conversation animée.



Digitized by Google

CHRONIQUE DE L'HYPNOTISME

Objectivité des effluves perçus sous forme de lumière dans l'état hypnotique.

Je viens de publier dans les *Annales des sciences psychiques* un article assez étendu où j'ai donné le résultat des expériences poursuivies pendant deux ans par un des examinateurs de physique de l'école polytechnique et par moi, pour essayer d'établir l'objectivité des effluves signalés par différents observateurs et notamment par le Dr Luys. (1)

J'ai reçu, à ce sujet un certain nombre de communications qui viennent confirmer nos observations.

Voici celles d'un ingénieur habitué aux méthodes scientifiques que je reproduis textuellement.

1° *Effluves vus par le sensitif aux pôles de l'aimant* (28 janvier 1894).— On met à plat sur la table un tout petit aimant en fer à cheval analogue à ceux dont s'amusent les enfants. Les pôles en sont tournés vers l'ouest, mais nous ignorons donc la position respective du pôle + et du pôle —; on ne la vérifiera que plus tard. Le sujet ne sait lui-même ce que nous voulons de lui ; il n'a pas d'ailleurs la moindre culture scientifique et sait tout juste écrire ; donc pas de suggestion ou d'autosuggestion possibles. Il est éveillé, assis ; il regarde la table et nous l'entourons de la chaîne des mains. On éteint la lumière et on lui demande : « Vous ne voyez rien ? — Non » ; mais au bout de deux ou trois minutes : « Tiens! dit-il étonné, c'est drôle ; j'aperçois comme une petite flamme rougeâtre qui sort du bout du fer à ma gauche et une flamme bleutée mais très pâle à l'autre bout. » Ces effluves ont, dit-il, de 3 à 4 centimètres de longueur et lui paraissent s'infléchir vers un angle de la pièce qui correspond sensiblement au nord magnétique.

2° *Effluves du corps humain.* — Il voit aussi des effluves lumineux au bout de nos doigts quand les mains sont libres; il nous aperçoit tous très bien quand il est au milieu de notre cercle dans l'obscurité profonde. Nous nous détachons, dit-il,

(1) De la visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état hypnotique. — *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, juillet 1892.

De la visibilité des effluves cérébraux. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 17 juin 1893.

Digitized by Google

en silhouettes vaguement lumineuses sur un fond sombre, et il décrit exactement nos positions à un moment donné..... Une autre personne sensitive non seulement nous voyait et décrivait dans l'obscurité nos positions respectives, mais elle devait voir au-dessus du sujet isolé au milieu de nous un effluve lumineux qui s'élevait comme une colonne jusqu'au plafond et qui l'éclairait.

Un autre observateur, dans une autre ville, m'écrit que le sujet placé au milieu de la chaîne les a tous vus dans une obscurité complète.

« Bien mieux, à un moment donné, le Dr X., absolument sceptique, dit au sujet : « Je mets ma jambe droite sur le barreau de ma chaise, le voyez-vous ? — Non, monsieur, répond le sujet, vous venez de mettre votre jambe droite sur votre genou gauche », — ce qui était vrai. »

Dans des phénomènes de cet ordre qui ne sont jusqu'à présent perçus que par les sens de certains individus, des témoignages même imparfaits viennent s'ajouter comme des zéros à la droite du petit nombre de ceux qui sont bien établis pour en augmenter la probabilité.

Albert de Rochas.

Thérapeutique psychique par la suggestion. Emploi de la suggestion hypnotique dans la chirurgie

Par W. Howard (New-York, 1893).

L'auteur cite deux cas dans lesquels les opérations chirurgicales ont été pratiquées, les malades ayant été préalablement plongés dans le sommeil hypnotique.

1er *cas*. Il s'agit d'une jeune femme de 17 ans qui ayant avorté ne pouvait pas se laisser examiner à cause de l'extrême sensibilité de ses organes génitaux. On l'endort très facilement et l'examen approfondi est alors fait sans danger ni douleur.

2e *cas*. Chasseur d'hôtel, âgé de 17 ans. Extirpation indolore d'un clou ayant pénétré dans le pied, le malade était endormi.

La suggestion chez un alcoolique, par le même auteur.

Il s'agissait d'un homme de 40 ans, avocat de profession, très doué et intelligent, mais malheureusement fort adonné à la boisson. On l'endort et on lui suggère de garder le lit sans

Digitized by Google

avoir le désir de se lever. Tous les jours on lui donne la suggestion d'avoir un profond dégoût pour les alcools. Quand arrivait le moment où le malade éprouvait un violent désir de boissons (1), on l'endormait et on lui faisait boire des liquides inoffensifs en lui faisant croire que c'étaient des spiritueux. Il éprouvait alors une certaine satisfaction, sans que son système nerveux fût pour cela autrement ébranlé.

Après un traitement de 6 semaines on lui présenta pour la première fois du véritable alcool, mais, au lieu de le boire, mu par les suggestions quotidiennes, il rejeta le verre loin de lui. La guérison fut complète. Du moins, conclut l'auteur, voilà déjà 8 mois que le malade n'a pas pris une goutte de vin.

G. N.

Quatre cas traités par la suggestion

par le Dr Arthur Booth (New-York, 1893).

Cas I. *Hystérie. Attaques épileptoïdes. Zones hystérogènes. Hémianesthésie. Guérison en 12 séances.*

La malade est une jeune fille de 19 ans. Bien portante jusqu'à l'âge de 11 ans, époque de ses règles. Réglée difficilement. Il y a 3 ans, pour lui faire une plaisanterie, on lui retira la chaise au moment où elle allait s'asseoir. Elle tomba par terre et resta une heure entière sans connaissance. Un an après cet accident, elle commença à avoir des attaques épileptoïdes qui débutaient par une espèce d'aura qui consistait en une douleur subite à l'occiput.

Puis elle perdait connaissance. Des contractions cloniques des extrémités terminaient la crise. La malade n'écumait pas et ne se mordait pas la langue. Les attaques étaient *diurnes*. Ces attaques survenaient, au commencement de la maladie, à de longs intervalles, mais les 2 dernières semaines il ne se passait pas un jour où elle n'eût une attaque et même plusieurs (5 à 12).

A l'examen nous trouvâmes le côté gauche anesthésié.

Au niveau des 5 et 6e côtes il s'est révélé à notre attention une surface ayant la dimension d'une pièce de 5 fr. et dont la pression provoquait immédiatement une attaque.

Le traitement interne, les douches, l'électricité sont restés sans nous donner un résultat tant soit peu satisfaisant. Au contraire, les douches paraissaient l'exciter encore davantage.

(1) Il s'agissait évidemment d'un dipsomane. G. N.

Digitized by Google

C'est à ce moment que nous eûmes l'idée d'employer la méthode hypnothérapique.

Nous endormîmes facilement la malade et lui suggérâmes de ne plus avoir de crises. Les séances avaient lieu 3 fois par semaine. A la fin du premier mois nous avons considéré notre malade comme guérie. Il y a déjà 6 mois que la jeune fille qui avait jusqu'à 12 attaques par jour, se porte bien et ne présente plus rien d'anormal.

Cas II. *Hystérie. Attaques épileptoïdes. Insomnie. Guérison en 15 séances.*

La malade a 18 ans et a toujours été nerveuse. Se portait relativement bien jusqu'à l'arrivée des époques. Elle était bien réglée, mais ses règles s'accompagnaient de fortes douleurs.

Les derniers six mois elle devint triste, pleura pour un rien et eut quelques attaques suivies de convulsions.

Les attaques devinrent plus fréquentes jusqu'à 3-4 fois par jour.

Le dernier mois elle souffrait d'insomnie.

La suggestion a vite enrayé tous ces symptômes. Elle guérit aussi bien de ses attaques que de son insomnie.

Cas III. *Mouvements choréiformes. Anesthésie du bras gauche. Guérison en 7 séances.*

La malade est âgée de 17 ans. Bien portante jusqu'à 16 ans et demi. Il y a six mois elle a eu la diphtérie.

C'est à la suite de cette maladie que les troubles actuels commencèrent en débutant par un léger tremblement de la main gauche. Ce tremblement a envahi peu à peu tout le membre supérieur. Le tremblement cesse parfois pour une heure, mais pour reprendre ensuite de plus belle. Pendant le sommeil ordinaire qui est d'ailleurs bon, tous les mouvements cessent. Pas d'attaques convulsives. Les époques sont en retard. Le bras gauche présente des mouvements rythmés tout particuliers. La main ainsi que l'avant-bras ont la sensibilité tactile abolie.

Après 7 séances, la malade a recouvré l'usage de son membre lequel a *complètement* cessé de trembler.

Les autres troubles ont également disparu, et la jeune fille a pu reprendre son travail manuel.

Cas IV. *Amaurose hystérique. Guérison en 8 séances.*

La malade a 38 ans ; elle est mariée. Jusqu'aux derniers temps

Digitized by Google

elle était bien portante. Il y a 2 semaines elle devint triste et accablée. Mais il y a huit jours, elle commença à voir trouble de l'œil gauche. Les derniers 3 jours, le mal a empiré, si bien que la malade devint complètement aveugle de l'œil gauche.

La perte de la vue s'accompagnait en outre de douleurs insupportables de l'organe atteint. On ne remarque ni vomissements, ni diplopie, ni vertiges, ni strabisme.

La malade n'a jamais eu ni le rhumatisme, ni la syphilis. La malade a 3 enfants bien portants.

A l'examen nous constatons la perte de vue absolue de l'œil gauche. L'œil droit est normal. Les deux pupilles réagissent bien et sont égales. Les muscles du globe oculaire fonctionnent normalement. Les réflexes sont normaux. La démarche est régulière. A l'ophtalmoscope nous trouvons une rétine normale ; les vaisseaux ne sont pas injectés. Tout ceci nous permet de conclure que nous nous trouvons en présence de l'amaurose hystérique.

La malade est endormie. On lui suggère de voir bien de l'œil gauche. Après la 1re séance il y a déjà une légère amélioration. Au bout de 15 jours la malade a *complètement* recouvré la vue.

G. NATANSON.



Digitized by Google

VARIA

—

Médications nouvelles (1).

L'AUTOCONDUCTION OU NOUVELLE MÉTHODE D'ÉLECTRISATION DES ÊTRES VIVANTS ; MESURES DES CHAMPS MAGNÉTIQUES DE GRANDE FRÉQUENCE.

(Communication à l'Académie des sciences)

Par M. A. d'ARSONVAL.

On emploie actuellement en électrothérapie trois procédés principaux d'électrisation, qui sont : 1° la *franklinisation*, 2° la *voltaïsation*, 3° la *faradisation*, suivant que l'on a recours, comme source électrique, aux machines électrostatiques, à la pile ou à la bobine d'induction. A ces trois méthodes, j'en ai récemment ajouté deux autres : 1° la voltaïsation sinusoïdale, et 2° l'électrisation par les courants de haute fréquence. Dans tous ces procédés, le corps humain est mis en communication matérielle avec la source électrique, au moyen de conducteurs appropriés qui constituent les rhéophores. Dans la nouvelle méthode que je vais décrire sous le nom d'*autoconduction*, il n'en est plus ainsi : l'être en expérience est complètement isolé de la source électrique. Les courants qui circulent dans l'individu ne lui parviennent pas au moyen de conducteurs : ils prennent naissance dans ses propres tissus, jouant le rôle de circuit fermé sur lui-même.

Ces courants peuvent acquérir une puissance considérable, car ils ne produisent aucune douleur ni aucun phénomène conscient, chez l'individu qui en est le siège. Ils agissent néanmoins énergiquement sur la vitalité des tissus.

J'obtiens ce résultat en plongeant le sujet tout entier, ou une partie seulement de son corps, dans un champ magnétique oscillant, de très haute fréquence.

Ce champ magnétique alternatif est produit de la façon suivante : Sur un cylindre en matière isolante (carton, bois ou verre, suivant les dimensions de l'appareil), est enroulé, en une ou plusieurs couches, un câble à lumière soigneusement isolé. On construit de la sorte un solénoïde, *dans l'intérieur* duquel on place le sujet à électriser. Ce solénoïde est traversé par la décharge d'un condensateur, rendue oscillatoire par

(1) 27 juillet 1893.

Digitized by Google

les procédés décrits dans ma conférence à la Société de physique (20 avril 1892.)

J'emploie comme condensateur, de 2 à 12 bouteilles de Leyde cylindriques, disposées en deux batteries, reliées en cascade, dont la surface couverte a 50 centimètres de haut sur 20 centimètres de diamètre.

La charge est effectuée périodiquement par un transformateur donnant environ 15.000 volts. Ce transformateur est animé par un alternateur Siemens, sans fer, pouvant donner, au maximum, un courant de 12 ampères sous 350 volts.

La fréquence est de 60 périodes par seconde. Dans ces conditions, la puissance d'induction solénoïde, sur tout corps conducteur plongé dans son intérieur, est vraiment étonnante, comme le montrent les expériences suivantes :

1° On plonge dans un solénoïde (composé de 3 à 5 tours d'un câble à 10 brins de 8 mm. carrés) un fil de cuivre roulé en un cercle unique dont les extrémités portent une lampe de 100 bougies, consommant 3 ampères sous 110 volts ; cette lampe est portée au blanc éblouissant ;

2° Un homme arrondit ses bras de façon à embrasser le solénoïde et tient dans chaque main les extrémités d'une lampe à incandescence. Le circuit formé par les bras est le siège d'un courant induit assez puissant pour allumer cette lampe qui prend 1/10 d'ampère environ. On diminue, autant que possible, la résistance de la peau des mains, en les plongeant dans deux vases contenant de l'eau salée chaude.

L'alternateur peut être remplacée par une puissante bobine de Ruhmkorff qu'amènent des accumulateurs pour opérer la charge périodique du condensateur. Les effets sont naturellement moins puissants, mais ce dispositif suffit néanmoins pour mettre en évidence la puissance d'induction du champ magnétique et son action sur l'organisme.

Pour mesurer la puissance de champs magnétiques de cette fréquence, j'ai complètement échoué avec toutes les méthodes de mesure usitées pour les basses fréquences. Cette mesure était essentielle dans mes recherches, pour pouvoir me placer toujours dans des conditions identiques. Je suis parvenu à l'effectuer très simplement, en utilisant les courants de Foucault, de la manière suivante.

Dans un petit solénoïde, relié en série, au grand qui contient l'animal, je plonge un thermomètre à mercure. Le mercure est le siège de courants de Foucault qui l'échauffent très

Digitized by Google

rapidement. Avec 4 jarres, la température du thermomètre s'élève à plus de 150° en quelques secondes.

L'effet calorique mesure le produit de la fréquence par le carré du courant et permet d'opérer dans des champs identiques. Pour les faibles puissances, où il faut tenir compte des variations de la température de l'air, je remplace le thermomètre à mercure par un thermomètre à pétrole ou à air, dont le réservoir renferme un petit tube de cuivre.

Ce mode d'électrisation exerce une action très puissante sur les phénomènes intimes de la nutrition, comme le montrent l'analyse des produits de la respiration et le fonctionnement des organismes inférieurs. Je reviendrai en détail sur ces effets, me bornant dans cette note à indiquer les procédés physiques qui m'ont permis de les obtenir.

— A l'occasion de cette communication, M. Cornu a ajouté les réflexions suivantes :

M. d'Arsonval nous a rendus témoins, M. Marey et moi, des principaux résultats consignés dans la note précédente. Nous avons été particulièrement frappés de l'expérience dans laquelle 6 lampes (125 volts — 0,8 ampères) ont été portées à l'incandescence dans le circuit formé par nos bras, circuit formant dérivation sur les extrémités du solénoïde induit par les décharges oscillantes. Nous n'avons pas éprouvé la moindre impression par le passage du flux électrique auquel nous étions soumis : on ne pouvait cependant pas douter de l'énorme quantité d'énergie traversant notre corps (900 volts — 0,8 ampère = 720 watts) : elle se manifestait soit par l'incandescence des lampes, soit par les étincelles vives et nombreuses qui se produisaient à la rupture du circuit. Cette même quantité d'énergie électrique, transmise sous forme de courants alternatifs à longues périodes (de 100 à 10.000 par seconde), aurait suffi pour nous foudroyer : dans les conditions ci-dessus, elle ne produisait aucune sensation appréciable.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DU DÉVELOPPEMENT COMPENSATEUR

DE

CERTAINES RÉGIONS ENCÉPHALIQUES

EN RAPPORT AVEC L'ARRÊT DU DÉVELOPPEMENT DE CERTAINES AUTRES

Par M. J. Luys (1).

Les méthodes céphalométriques destinées à évaluer la conformation du crâne, et, par suite, le développement corrélatif de telle ou telle région cérébrale ne donnent la plupart du temps que des résultats incomplets ou nuls.

En appliquant les nouveaux appareils céphalométriques que j'ai indiqués et dont la description est inscrite dans le journal l'*Encéphale* (2), je suis arrivé à des résultats intéressants qui démontrent le développement de certaines régions du cerveau, alors que d'autres sont douées d'une atrophie notable. — Ainsi, j'ai noté, comme on peut, du reste, le vérifier sur les pièces anatomiques ci-jointes et à l'aide des profils céphaliques, que je présente en même temps Pl. 1 et Pl. 2. —

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie, 27 avril 1894.

(2) Recherches sur la mensuration de la tête, à l'aide de nouveaux procédés céphalométriques, par J. Luys. Journal *l'Encéphale*, 1886, p. 641.

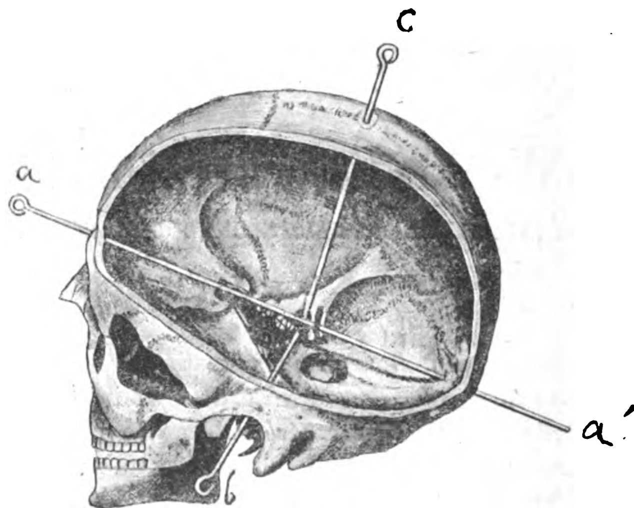
Digitized by Google

que chez les sujets qui présentent un développement minimum des lobes frontaux (lesquels sur cette planche 2, fig. E. sont fuyants), les régions cérébrales et protubérantielles de la base, les régions sphénoïdales, au contraire, offrent un développement très notable (o), ce dont on peut s'assurer sur le vivant par la dimension d'une ligne que l'on trace du trou auriculaire au sinciput. — La masse cérébrale semble gagner en hauteur ce qu'elle perd dans le sens antéro-postérieur.

Pour se rendre compte de ce fait, voici le dispositif que je propose.

Je prends, comme dans le cas actuel, un crâne sec (Pl. 1).

Pl. 1.



Par un trait de scie vertical et antéro-postérieur, j'enlève les deux tiers de la calotte osseuse d'un côté, puis, par un second trait horizontal, passant à deux travers de doigt au-dessus du trou auditif, je rejoins la première coupe et j'obtiens ainsi l'ouverture complète de la cavité cranienne.

Ceci fait, à l'aide d'une tige métallique a. a'. partant au niveau de la glabelle et allant aboutir au niveau de la protubérance occipitale interne, j'obtiens ainsi le diamètre ré el antéro-postérieur du cerveau.

(Ce diamètre mesure en moyenne chez l'adulte de 18 à 20 centimètres.)

Digitized by Google

Ceci fait, dans le trou auditif gauche, je fais passer une tige de fer b, dans la direction de son congénère ; j'obtiens ainsi un diamètre réel bi-auriculaire, qui coupe le précédent à angle droit.

Enfin, du milieu de la voûte cranienne, du milieu de la région sincipitale, je fais passer une nouvelle tige rigide perpendiculaire qui va trouver la tige antéro-postérieure a-a' primitive et la tige bi-auriculaire dans la portion médiane.

Il résulte du concours de ces trois lignes à la base de l'encéphale sec, un espace triangulaire a-o-b, un véritable triangle rectangulaire, dont les dimensions sont variables suivant les individus, et qui varient, comme on peut le voir sur les graphiques de la Pl. 2, avec le degré de développement des circonvolutions frontales.

Ce triangle est ainsi constitué :

Son sommet *a* s'appuie à la face interne du frontal au niveau de la crête ethmoïdale ; son côté droit est constitué par une portion de la ligne du diamètre antéro-postérieur a-a' ; sa base par l'intersection du diamètre vertical c avec le bi-auriculaire b et son hypoténuse est représentée par une ligne osseuse brisée qui correspond à la face interne de l'ethmoïde, à la fosse pituitaire et la région basilaire du sphénoïde.

Cette construction céphalométrique que l'on peut se représenter mentalement sur le vivant (étant donné le dispositif intra-cérébral que nous venons de décrire) permet donc :

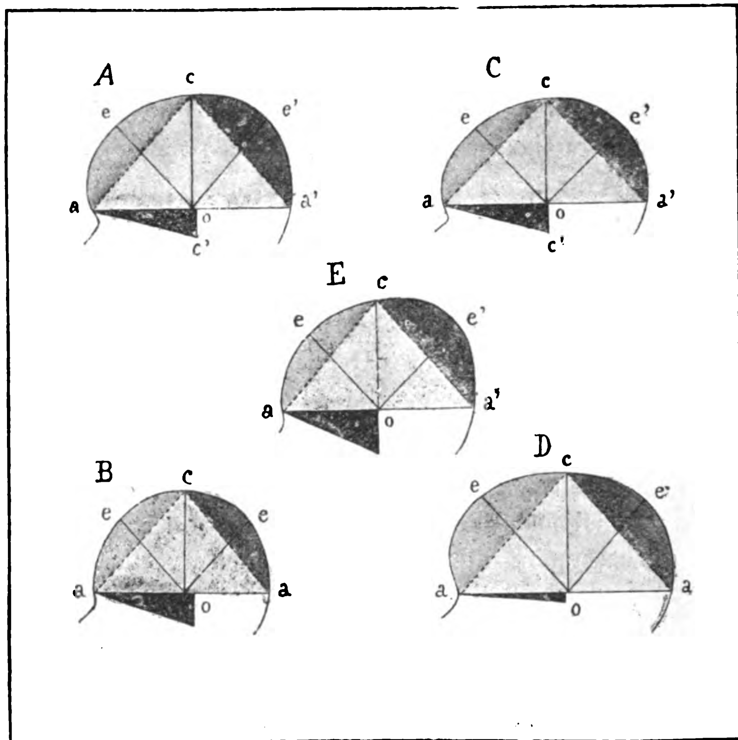
De reconnaître qu'il y a des régions cérébrales, Pl. 2, fig. A-a-o-c', fig. B-a-o-c', fig. C-a-o-c', fig. D-a-o, fig. E-a-o, les régions basiques sphénoïdales, qui se dérobent aux mensurations habituelles, et que ces régions peuvent être jaugées sur le vivant, à l'aide de la mensuration du diamètre vertical auriculo-sincipital.

Que la matière cérébrale, qui est rare en certaines régions, région frontale, fig. B-e, fig. E-e, peut être plus abondante en d'autres régions (les régions sphénoïdales, par exemple), et qu'il y a dans certains cas une véritable compensation de la masse cérébrale qui gagne en hauteur dans le sens ver-

Digitized by Google

tical, ce qui paraît lui manquer dans les régions frontales (1).

Pl. 2.



Ce fait est, à mon avis, une des causes les plus sérieuses qui explique la stérilité des efforts faits dans l'étude de la conformation du crâne et du cerveau sous-jacent, pour expliquer les différentes aptitudes fonctionnelles de tel ou tel individu et sa valeur intellectuelle et morale, — attendu qu'il y a, comme je l'indique ici, des régions cérébrales latentes, qui échappent jusqu'à présent à la mensuration céphalométrique et qui sont par cela même destinées à fausser les résultats.

(1) Comparer l'espace o de la figure D à l'espace o de la figure 2. — En D on voit combien les lobes fondants sont développés et combien les régions basiques sont au contraire réduites en o.



Digitized by Google

TRAITEMENT DES ALGIES NEURASTHÉNIQUES

OU

GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES PAR L'ÉLECTRICITÉ

Par le Dr L. R. Regnier,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

La question de l'origine des grandes névralgies pelviennes et du traitement qu'il convient de leur appliquer est une de celles qui prêtent le plus à la controverse entre les gynécologistes médecins ou chirurgiens.

Ces douleurs, qui surviennent le plus souvent chez des femmes nerveuses, sont continues, tenaces, rebelles aux traitements les plus rationnels aussi bien qu'aux opérations sur la nature et la valeur desquelles les chirurgiens ne sont pas d'ailleurs d'accord. Les uns donnent la préférence à l'hystérectomie vaginale, les autres préfèrent la castration tubo-ovarienne, quelques-uns, et non des moins autorisés, sont partisans de l'abstention chirurgicale. Cette opinion paraît partagée en Amérique, où Betton Massey s'élève contre les tentatives opératoires. « Vouloir guérir l'affection douloureuse des nerfs dont les terminaisons sont dans l'ovaire par l'ablation de celui-ci n'est pas plus rationnel que d'espérer guérir une névralgie faciale par l'avulsion d'une dent. » Le traitement électrique ne donne pas non plus dans tous les cas une guérison indéfinie, mais il a l'avantage sur le traitement chirurgical de pouvoir être repris à nouveau avec un succès plus ou moins persistant.

Que faut-il entendre par algie neurasthénique ? C'est une douleur non strictement ovarienne siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, dans le dos, dans les reins. Son intensité, variable, augmente pendant la marche et la station debout, et diminue lorsque la malade est couchée ; persistant dans l'intervalle des règles, elle augmente quelques jours avant leur apparition et demeure très intense pendant tout le temps qu'elles durent ; elle rend les rapprochements sexuels très douloureux, quelquefois même impossibles. L'examen local ne révèle aucune lésion du col ou du

Digitized by Google

corps. Il dénote seulement une sensibilité très exagérée de ces parties à la pression la plus légère.

La localisation anatomique est encore à faire. Mais les interprétations pathogéniques n'ont pas pour cela manqué. Gooch, qui, le premier, donna une bonne description de cette affection, l'attribue à l'*irritabilité* de l'utérus ; Dewes, Davis, Guilbert, Mongommery Scott en font une conséquence de l'inflammation chronique. Churchill a adroitement réfuté cette opinion. Depuis, nous les retrouvons décrites sous le nom d'algies neurasthéniques par Bloch et par Huchard. Je crois, d'après les cas qu'il m'a été donné d'observer, que dans la plupart des cas, au moins ces *algie* ont une origine centrale et tiennent à l'irritabilité du système nerveux produite par leur état général neurasthénique. L'état local,quand il existe, appelle simplement l'attention du cerveau des malades sur les centres sensitifs du bassin. Mais le siège de la cause de la douleur n'est pas forcément au bout périphérique du nerf. Il est central ; la preuve c'est qu'il est pour ainsi dire impossible, en touchant les points terminaux des nerfs au niveau des ovaires, de provoquer de la douleur, tandis qu'un léger frôlement du col ou du corps utérin provoque la sensation douloureuse dans tout le bassin avec irradiations vers les lombes. Il s'agit donc d'une douleur réflexe très différente de l'ovaralgie hystérique qui se réveille sous la pression directe de l'ovaire.

Dans les algies neurasthéniques, la douleur n'est pas, comme dans l'ovaralgie hystérique, contusive, lancinante, parfois extrêmement violente. Elle est au contraire sourde, vague, tenace ; elle altère profondément le caractère de la malade et la pousse aux idées de suicide.

On peut encore arguer en faveur de l'origine centrale de la maladie que lorsque la douleur persiste après l'intervention chirurgicale (hystérectomie ou castration), on peut la faire cesser par le traitement électrique.

Voici deux faits qui confirment ce que je viens d'avancer :

1° Mlle E. M., 28 ans, réglée à 13 ans, a commencé vers l'âge de 17 ans à éprouver des douleurs dans le ventre et les reins. Ces douleurs, qui survenaient d'abord par accès

Digitized by Google

dans l'intervalle des règles, se sont depuis beaucoup accentuées et sont devenues continues, empêchant la malade de travailler. A ce moment un chirurgien des hôpitaux pratiqua l'hystérectomie totale. On constata après l'opération qu'il n'y avait aucune altération inflammatoire ou autre des organes génitaux internes et externes.

Pendant deux mois environ la malade souffrit peu. Puis les douleurs reparurent aussi intenses et même plus vives, au dire de la malade, que par le passé. C'est environ vingt mois après l'opération que je la vis pour la première fois. Outre les douleurs dans les reins et le bas-ventre, elle a de la céphalalgie, de l'insomnie, des troubles dyspeptiques très prononcés, de l'amyosténie. Le traitement consiste en administration à l'intérieur de valérianate de strychnine et applications de courants continus descendants sur la colonne vertébrale, l'électrode positive appliquée au niveau de la 3e vertèbre dorsale, la négative au-dessus du sacrum; intensité 25 milliampères. Durée de la séance 10 minutes. Puis application du même courant, le rhéophore positif placé sur les vertèbres lombaires, deux rhéophores négatifs sur l'abdomen, de chaque côté du pubis à environ cinq centimètres de cet os.

Au bout de dix séances, la douleur a presque complètement disparu. Je termine le traitement par 10 séances de faradisation de tension appliquée aux mêmes points et pendant le même temps.

J'ai souvent revu la malade depuis. Elle ne souffre plus du ventre. Son état général est satisfaisant.

L'histoire de la seconde malade est analogue : c'est une femme de 32 ans nullipare, pour laquelle les rapports sexuels ont toujours été très douloureux. Depuis 4 ans elle souffrait de crises douloureuses dans le ventre et les reins, pendant l'intervalle des règles, et elle était souvent obligée de garder le lit. Au moment de ses époques, l'incapacité de travailler et de se lever est absolue. Il y a un an elle entra dans un service hospitalier, et on pratiqua l'hystérectomie. Pendant deux mois les douleurs furent calmées, puis elles reprirent peu à peu leur acuité. Lorsque je la vois les douleurs occupent le bas-ventre et le dos. J'ai d'emblée chez

Digitized by Google

elle employé la faradisation de tension, les pôles appliqués de la même façon que dans l'observation précédente. Au bout de cinq séances l'amélioration était considérable. Actuellement elle est complètement guérie.

Lorsque les malades n'ont pas subi d'opérations le traitement électrique donne également de bons résultats.

Le traitement doit d'ailleurs être général et local.

Ces malades étant des neurasthéniques il faut veiller sur leur régime alimentaire, réglementer leur vie, les obliger à faire un peu d'exercice,mais en leur recommandant d'éviter la fatigue. Le travail intellectuel et les distractions doivent être modérés. Il ne faut pas oublier que l'ennui est pour ces malades une source d'aggravation de leurs souffrances, et sans les fatiguer occuper le plus possible leur esprit en dehors d'elles-mêmes.

Le traitement électrique comprend deux parties :

Traitement général par les bains statiques, qui augmentent considérablement les oxydations organiques, calment l'éréthisme nerveux, réveillent l'appétit, ramènent le sommeil et transforment en peu de temps les malades.

Comme traitement local on peut, comme je l'ai fait dans les observations citées, employer les courants continus descendants ou les courants faradiques. L'action calmante de ces derniers paraît plus rapide. On peut également,dans ces cas, employer les courants alternatifs sinusoïdaux dont, récemment, M. le professeur d'Arsonval a démontré l'action analgésique très énergique.

Chez les femmes vierges on se contentera d'applications sur la colonne vertébrale et sur les points abdominaux que j'ai signalés. Chez les femmes non vierges et non opérées on peut employer la faradisation lombo-utérine, mais cette dernière est douloureuse en raison de l'irritabilité du col, aussi doit-on préférer la faradisation dorso-vaginale.

Les rhéophores seront appliqués de même avec les courants alternatifs.

La durée moyenne des séances est de dix minutes :

On peut cependant,surtout dans les premières, prolonger l'application jusqu'à 15 ou 20 minutes, de façon à obtenir une disparition complète de la douleur.

Digitized by Google

Pour les bains statiques on placera la malade sur un tabouret ou une chaise longue isolés au moyen de pieds de verre et qui seront reliés au pôle positif de la machine. On se servira pour les effluves de la pointe métallique qu'on promènera successivement sur les différents plans du corps en procédant toujours de haut en bas.

La durée d'un bain statique ne doit pas dépasser 15 minutes. Ils doivent être répétés trois fois par semaine.

Conclusions. — Les grandes névralgies pelviennes ou algies neurasthéniques sont d'origine centrale.

2° Leur cause première est l'état général des malades, les lésions utérines ou péri-utérines locales ne semblent pas avoir d'action déterminante.

3° Le traitement électrique général et local est celui qui convient le mieux à ces états.

4° L'insuccès d'une intervention chirurgicale n'empêche pas les bons effets du traitement électrique.



Digitized by Google

RECHERCHES

SUR LA

PHYSIOLOGIE & LA PATHOLOGIE DU CERVELET

Par les Drs MANUEL LEVEN et AUGUSTE OLLIVIER (1).

Pathologie (*Suite et fin*).

§ VI. — *Résultats statistiques.*

Le dépouillement de ces 76 observations nous a fourni les résultats suivants :

L'intelligence et la sensibilité ont toujours été conservées.

La motilité a présenté des troubles extrêmement variés :

Hémiplégie complète ou incomplète........	8	fois.
Station difficile ou impossible..............	13	—
Marche difficile...........................	9	—
Affaiblissement des muscles en général.....	17	—
Immobilité et balancement de la tête........	7	—
Mouvements de manège incomplets et consistant en inclinaison de la tête sur le tronc et en incurvation du corps en arc.........	18	—
Véritables mouvements de manège..........	3	—
Tendance irrésistible à être entraîné d'un côté	6	—
Mouvements convulsifs.....................	24	—
Contractures...............................	2	—
Embarras de la parole.....................	13	—
Hémiplégie faciale......................	2	—

La céphalalgie a été notée dans 41 observations.

Occipitale................................	31	fois.
Frontale..................................	3	—
Siège indéterminé.........................	7	—

Elle manquait dans les autres cas ou n'avait pas été mentionnée par les auteurs.

Les vomissements ont fait défaut 46 fois ; ils ont paru :

Au début..................................	1	fois.
Dans le cours de la maladie................	12	—
A la fin..................................	9	—

(1) *Archives générales de médecine*, nos de novembre 1862 et suivants.

Digitized by Google

Les symptômes du côté des yeux, sur 76 cas, ont fait défaut 13 fois ou n'ont pas été signalés.

Ces symptômes doivent être classés de la manière qui suit (1) :

Dilatation des pupilles	24	fois.
Contraction des pupilles	10	—
Strabisme double	10	—
Strabisme simple	5	—
Amblyopie double	24	—
Cécité complète	25	—

L'amblyopie et la cécité, d'un côté seulement, sont très rares.

Opacité de la cornée........................ 2 fois.

§ VII. — *Description raisonnée des divers symptômes.*

Système nerveux. L'intelligence et la sensibilité n'ont jamais été altérées. M. Hillairet (2), dans ses recherches sur les hémorrhagies cérébelleuses, est arrivé aux mêmes conclusions : « L'intelligence n'est pas abolie dans l'apoplexie cérébelleuse, si ce n'est peu d'heures avant la mort ; bien plus, elle n'est pas altérée chez les sujets atteints d'apoplexie cérébelleuse foudroyante, car ils peuvent, au moment de l'attaque, témoigner par la langage, par un cri, par un geste, leurs souffrances, et ils meurent immédiatement après. » Plus loin, le même auteur ajoute : « La sensibilité reste intacte dans l'apoplexie cérébelleuse grave ; ce n'est qu'à l'approche de l'agonie que la sensibilité s'émousse, s'affaiblit, et semble disparaître à mesure que le coma devient plus profond ; une seule fois elle a été indiquée perdue dès le début. »

Selon R. Wagner (3), « le cervelet paraît être complètement étranger à la transmission des impressions sensitives reçues par les terminaisons périphériques de l'organisme. Il n'a aucune part, ni directe, ni indirecte, dans la formation des

(1) Dans cette statistique, nous ne tenons pas compte des cas dans lesquels la mort survient rapidement, à la suite des hémorrhagies cérébelleuses foudroyantes, par exemple.

(2) Mémoire cité *in Archives gén. de méd.*, 1858, p. 566.

(3) *Loc. cit.*, p. 105.

Digitized by Google

idées et dans les autres phénomènes psychiques. Aucune idée, aucun sentiment, aucun acte volontaire n'est supprimé par les maladies du cervelet. Les physiologistes et les pathologistes sont donc parfaitement d'accord sur ce premier résultat, à savoir : que les lésions cérébelleuses n'atteignent ni l'intelligence ni la sensibilité. »

L'opinion de M. le professeur Andral, « que l'intelligence présente dans les hémorrhagies cérébelleuses les mêmes désordres que dans les hémorrhagies cérébrales, et que la sensibilité est tout simplement obtuse ou détruite comme dans les cas d'hémorrhagie cérébrale » (1), est maintenant généralement abandonnée.

Rappelons ici que nous distinguons deux périodes dans l'évolution des affections cérébelleuses : dans la première, la lésion est purement cérébelleuse ; dans la seconde, la lésion cérébelleuse se complique de compression des centres nerveux voisins ; cette seconde période est ordinairement caractérisée par la somnolence, le coma, le carus, et se termine rapidement par la mort. Vers la fin de cette seconde période, l'intelligence et la sensibilité ne sont qu'endormies par suite du trouble des grandes fonctions de la respiration et de la circulation. Que l'on fasse cesser par une médication appropriée les phénomènes de compression, et on pourra voir encore l'intelligence et la sensibilité réapparaître dans leur parfaite intégrité.

Motilité. Les troubles de la motilité se classent de la manière suivante :

Hémiplégie incomplète dans le......	9e	des cas.
Station difficile ou impossible.......	6e	—
Marche difficile....................	8e	—
Affaiblissement des muscles en général............................	4e	—
Immobilité et balancement de la tête.	10e	—
Mouvements de manège incomplets.	4e	—
Véritables mouvements de manège..	25e	—
Tendance irrésistible à être entraîné d'un côté........................	12e	—
Mouvements convulsifs............	3e	—
Contractures......................	38e	—
Embarras de la parole..................	6e	—

(1) *Op. cit.*, l. V, p. 673.

Digitized by Google

Les mouvements convulsifs occupent le premier rang dans la série des troubles du système locomoteur. Les muscles sont traversés comme par des courants électriques qui les font contracter avec intermittence.

L'affaiblissement musculaire soit de l'ensemble des muscles du corps, soit d'une partie seulement, est le principal caractère des altérations du mouvement dans les maladies du cervelet. Cet affaiblissement existe bien plus souvent dans tout le système locomoteur que dans une moitié limitée. Le malade tombe à chaque instant, marche avec peine, saisit mal les objets et les conserve difficilement dans ses mains. Si l'affaiblissement est porté à un haut degré, il ne pourra même pas se tenir assis dans son lit, entraîné dans un sens ou dans l'autre par des contractions musculaires irrégulières et qui ne peuvent plus désormais maintenir le corps en équilibre. Lorsqu'il est même arrivé à ce degré d'affaiblissement, il est encore capable de mouvoir à volonté, dans une direction préconçue, les membres supérieurs ou inférieurs, et par conséquent il n'a point perdu la faculté de coordination.

Les mouvements de rotation et de manège, que nous avons trouvés dans le tiers des cas, sont incomplets chez l'homme, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils s'exécutent, comme dans les vivisections. La tendance irrésistible à être entraîné d'un côté, l'incurvation du corps en arc, de la tête sur le cou, du cou sur le tronc, etc., sont surtout signalées dans les observations ; le véritable manège, la rotation, sont au contraire très rares, ce qui tient aux conditions d'équilibre différentes chez l'homme et les animaux et au mode de production des altérations du cervelet (1).

Les paralysies limitées sont presque toujours croisées. Les cas de paralysie directe sont tellement rares, que M. Hillairet dit qu'il n'a pu trouver dans les auteurs et les recueils de notre époque un seul fait d'hémorrhagie cérébelleuse avec paralysie directe, à moins qu'il n'y eût en même temps une apoplexie cérébrale siégeant dans l'hémisphère opposé. Cependant Plancus (2) et M. le professeur Rostan (3) ont observé chacun un cas de paralysie directe à la suite d'un ramollissement

(1) M. le Dr Roger nous a dit avoir observé, à l'hôpital des Enfants, un cas bien tranché de tendance au recul. Quant à nous, nous ne l'avons jamais rencontrée dans nos expériences, comme Magendie, et aucun des nombreux faits pathologiques de ce mémoire n'en fait mention.

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 206, 2e édition.

(3) *Recherches sur le ramollissement cérébral*, p. 243, 2e édition.

Digitized by Google

local du cervelet. Nos observations 52 et 59 fournissent également deux exemples d'hémiplégie non croisée.

Le système musculaire de la langue s'affaiblit dans le sixième des cas, et cet affaiblissement entraîne l'embarras de la parole, qui est quelquefois le seul symptôme de la maladie. C'est assez souvent dès le début que survient l'embarras de la parole ; il augmente graduellement, et peut arriver jusqu'à l'impossibilité d'articuler (1).

Organes des sens. L'œil est le seul organe des sens atteint dans lequel nous avons constaté des troubles symptomatiques ; son système musculaire, muscles intrinsèques et extrinsèques, est frappé comme le reste de l'appareil locomoteur, et c'est probablement à la suite de ces désordres musculaires que surviennent si fréquemment les altérations de la vision.

Dilatation pupillaire dans le.......	3e	des cas
Contraction pupillaire.............	10e	—
Strabisme double.................	7e	—
Strabisme simple.................	15e	—
Amblyopie double.................	3e	—
Cécité complète..................	3e	—

Les pupilles sont ordinairement dilatées, et leur dilatation est extrême, sans que néanmoins elles aient perdu toute sensibilité à la lumière ; leur contraction est bien plus rare, et existe surtout dans les hémorrhagies cérébelleuses foudroyantes, qui entraînent le coma avec une très grande rapidité. On peut dire que dans les maladies cérébelleuses simples la dilatation des pupilles est la règle, et leur contraction l'exception. Lorsque les parties nerveuses voisines du cervelet sont comprimées en même temps, le resserrement et l'immobilité des pupilles paraissent au contraire la règle, et leur dilatation l'exception.

Le strabisme double existait dans le septième des cas ; il est bien plus souvent double que simple, il affecte toute espèce de formes, il est continu ou intermittent ; quand il est simple, il peut être direct ou croisé.

(1) L'hémiplégie faciale est indépendante des maladies du cervelet. « La paralysie faciale, habituelle dans l'hémorrhagie cérébrale, ne se rencontre qu'exceptionnellement dans l'hémorrhagie cérébelleuse, car je n'ai signalé qu'une fois sur 26 cas la déviation d'une des commissures des lèvres ; la déviation de la langue est également exceptionnelle. » (Hillairet, mém. cité, p. 567.)

Digitized by Google

Nous avons, dans deux cas, constaté l'opacité cornéenne survenant au bout de quelques jours dans une hémorrhagie cérébelleuse.

L'amblyopie et la cécité sont observées dans près de la moitié des cas (1). L'amblyopie apparaît assez souvent dès les débuts de la maladie, avec la céphalalgie et l'affaiblissement musculaire ; parfois elle est le seul symptôme de la maladie. Incomplète d'abord, elle augmente successivement, et, après quelques semaines ou quelques mois, elle est arrivée à son apogée ; c'est très exceptionnellement qu'elle est limitée à un seul œil. On ne peut suivre les altérations de la vision que dans les affections chroniques qui laissent vivre le malade pendant quelque temps, et non pas dans celles qui l'emportent dans quelques heures ou quelques jours. « Les troubles légers du côté des sens ne sont pas très rares, dit Wagner, notamment des altérations de la vision, telles que l'obscurcissement de la vue, l'amaurose, le strabisme. Je crois que c'est à tort que certains pathologistes comptent ces accidents parmi ceux qui accompagnent habituellement ou fréquemment les affections du cervelet ; ils n'apparaissent en général que tardivement, ou bien lorsqu'il existe des complications évidentes, lorsque des parties de l'encéphale autres que le cervelet sont comprimées ou envahies par la lésion. J'ai acquis la certitude qu'il n'y a pas de rapport direct entre le cervelet et les fonctions des sens, qui peuvent persister intactes alors même que le cervelet est en partie détruit (2). »

Le lecteur ne peut pas ne pas être frappé des contradictions du célèbre physiologiste allemand : il avance que les troubles légers du côté des sens ne sont pas très rares, et notamment des altérations de la vision, telles que l'obscurcissement de la vue, l'amaurose, le strabisme, et il se hâte d'ajouter, quelques lignes plus loin : « J'ai acquis la certitude qu'il n'y a pas de rapport direct entre le cervelet et les fonctions des sens qui peuvent persister intactes alors que le cervelet est en partie détruit. » La dernière opinion est énoncée avec une telle conviction qu'elle semble être réellement celle de Wagner : or elle est pleinement réfutée par nos expériences (3) et par les nombreux faits pathologiques rapportés plus haut.

Dans la symptomatologie des affections cérébelleuses, les

(1) La mort survient dans un certain délai, alors que l'amaurose est encore incomplète.

(2) R. Wagner, *loc. cit.*

(3) Voir la première partie de ce mémoire.

Digitized by Google

troubles musculaires de l'œil, dilatation pupillaire, strabisme, etc., ne font pas plus souvent défaut que les désordres des autres muscles du corps.

Sur les animaux, la piqûre du cervelet développe le strabisme en même temps que les autres troubles de la motilité ; le strabisme paraît et disparaît en même temps qu'eux, alors que la plaie cérébelleuse arrive à la cicatrisation : n'y a-t-il pas là une preuve suffisante des rapports entre le cervelet et le système musculaire de l'organe de la vision ?

Du reste, l'amblyopie, la dipoplie, le défaut de netteté des images, etc., trouvent leur explication dans le trouble musculaire (1).

La cécité, si fréquente dans les maladies du cervelet, est seule inexpliquée jusqu'ici : se pourrait-il que le désordre du système musculaire intrinsèque et extrinsèque de l'œil, réagissant sur sa circulation, que la dilatatation constante des pupilles, etc., amenassent à la longue une vraie paralysie rétinienne ?

C'est avec la plus grande réserve que nous avançons cette

(1) Il nous semble à propos de rappeler ici les réflexions sur l'amaurose dont M. le D[r] Gubler fait suivre son intéressant mémoire sur *les paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës.* « Les difficultés de voir qui succèdent aux maladies aiguës et notamment aux angines, dépendent, selon les cas, de conditions extrêmement différentes : ici, d'une véritable paralysie de la rétine ; là, d'un défaut d'adaptation de l'œil ; ailleurs, de lésions anatomiques variées. L'amaurose paralytique existait incontestablement dans un certain nombre de cas ; mais, d'autres fois, la lésion fonctionnelle paraît avoir consisté uniquement en une paralysie musculaire ou au contraire en une tonicité exagérée des fibres contractiles des muscles intrinsèques de l'œil. Plusieurs convalescents étaient normalement impressionnés à la lumière, bien qu'ils éprouvassent quelque peine à lire à la distance ordinaire ; pour obtenir une vision nette des objets, ils étaient obligés de les éloigner davantage, et l'on constatait chez eux une dilatation plus ou moins considérable et permanente de la pupille. Chez d'autres sujets, sans doute l'ouverture pupillaire était plus étroite, car la vision ne s'exerçait bien qu'à la condition de ramener les objets beaucoup plus près de l'œil qu'on ne fait avec une vue moyenne. Je soupçonne aussi qu'en pareille circonstance la myopie temporaire est en partie la conséquence de la tension du muscle ciliaire, avec amoindrissement de la section transverse du globe oculaire à son niveau, et allongement du diamètre antéro-postérieur de l'œil, ce qui signifierait, avec le rétrécissement pupillaire, contracture des fibres intrinsèques destinées à l'accommodation de l'œil. Cette contracture peut faire place au relâchement de ces mêmes parties contractiles, dont la mydriase est en effet visible. Le résultat, dans l'un et l'autre cas, est une impossibilité d'adaptation qui est confondue avec une demi-paralysie rétinienne. » (*Archives gén. de méd.*, 1860.)

Digitized by Google

hypothèse, espérant que plus tard ces relations si intéressantes entre l'œil et le cervelet que nous pensons avoir les premiers démontrées rendront compte aussi de l'amaurose cérébelleuse.

Céphalalgie. La céphalalgie existe dans près de la moitié des cas ; elle paraît au début, tantôt dans le cours ou bien à la fin de la maladie ; elle peut en être même le seul symptôme. Sa durée et son intensité sont très variables. Dans la très grande majorité des cas, elle est limitée à l'occiput ; bien plus rarement, elle occupe le front ou le crâne tout entier.

Vomissements. Les vomissements existent dans la moitié des cas ; ils peuvent paraître à toutes les périodes de la maladie.

Lallemand dit qu'il y a beaucoup de maladies du cervelet qui ne sont pas accompagnées de vomissements sympathiques, et qu'il n'y a aucun lien entre les affections cérébelleuses et les vomissements.

M. Gendrin et Wagner les rapportent à la lésion de la protubérance.

M. Brown-Séquard les attribue à une irritation du tissu cérébelleux.

M. Hillairet, qui a particulièrement étudié ce symptôme, en faisant un relevé des principales observations consignées dans les auteurs, pense que les vomissements ne sont pas liés spécialement au cervelet ; il dit aussi que ce symptôme peut être dû à l'étroite sympathie entre le cervelet et l'estomac, ou bien encore à l'influence d'une lésion concomitante de un ou deux pneumogastriques, dont les connexions avec la face inférieure du cervelet sont si grandes. Ce savant médecin semble rattacher les vomissements tantôt au cervelet, tantôt à une lésion des pneumogastriques.

Nous avons constaté par l'expérimentation que jamais les lésions simples du cervelet ne déterminent de vomissements, et nous pensons qu'ils ne sont provoqués que par la compression des centres nerveux de cet organe.

Appareils respiratoire et circulatoire. Ce n'est que dans la période comateuse que la respiration devient anxieuse, le pouls petit et irrégulier. A toutes les autres périodes de la maladie, ces fonctions ne paraissent offrir de troubles notables.

Résumé général.

Physiologie. Les piqûres cérébelleuses donnent lieu à deux ordres de phénomènes morbides bien distincts, suivant que le

Digitized by Google

cervelet a été atteint ou que la lésion a porté à la fois sur cet organe et sur la moelle allongée.

1° Si le cervelet seul est atteint, aucune altération ni des facultés instinctives, ni de la sensibilité.

La motilité seule est altérée. Les phénomènes principaux sont : affaiblissement musculaire, mouvements de rotation, de manège, hémiplégie, etc.

Le système musculaire de l'œil est troublé comme toutes les autres parties du système locomoteur de la vie de relation, et ces troubles se traduisent par le strabisme.

Le strabisme paraît immédiatement après la piqûre, de même que les autres troubles du système locomoteur, et disparaît avec eux, alors que la plaie cérébelleuse est arrivée à cicatrisation.

Dans quelques cas, nous avons constaté l'opacité de la cornée.

2° Si la lésion porte sur le cervelet et la moelle allongée, on constate :

a. Les phénomènes ci-dessus, qui dépendent de la lésion cérébelleuse ;

b. Ceux qui dépendent de la moelle allongée. Les animaux, immédiatement après la piqûre, tombent comme frappés de mort. La mort apparente dure quelques secondes. Douze heures environ après l'expérience, mouvements convulsifs, respiration anxieuse, vomissements dès le début, vingt-quatre ou trente-six heures après, mort généralement au deuxième ou troisième jour après la piqûre.

Pathologie. Les maladies du cervelet se divisent en deux groupes : le premier comprend toutes celles qui n'affectent que le cervelet ; le second, celles qui sont compliquées de compression de la moelle allongée.

1° Aucune altération ni de l'intelligence, ni de la sensibilité.

La motilité (muscles de la vie de rotation) est la seule fonction du système nerveux qui soit altérée. Les phénomènes principaux sont : mouvements convulsifs des membres, affaiblissement musculaire, mouvements de rotation, de manège, hémiplégie, etc., etc.

Le système musculaire de l'œil (muscles intrinsèques et extrinsèques) est troublé comme les autres parties du système locomoteur, et ces troubles se traduisent par le strabisme, dilatation ou contraction pupillaire, l'amblyopie.

La cécité, phénomène si fréquent dans les maladies du cervelet, est encore inexpliquée.

Digitized by Google

Le système musculaire de la langue est également troublé, et ce trouble se traduit par la difficulté ou l'impossibilité d'articuler.

Céphalalgie ordinairement occipitale.

2° Si la maladie cérébelleuse est compliquée de compression de la moelle allongée, on constate :

a. Les phénomènes ci-dessus, qui dépendent de la lésion cérébelleuse ;

b. Ceux qui dépendent de la moelle allongée, vomissements, respiration stertoreuse, pouls irrégulier ; mort subite, ou bien coma et mort.

APPENDICE.

1° L'observation qui suit nous a été communiquée par notre savant maître M. le Dr Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie : nous la transcrivons textuellement.

M. Barthez a diagnostiqué une affection cérébelleuse.

Ce fait intéressant a donc naturellement sa place à la suite de ce mémoire.

M...., âgée de 8 ans, a toujours été bien portante, sauf il y a deux ans, époque où elle a été atteinte d'une légère fièvre muqueuse. Elle n'a eu aucune des maladies de l'enfance, ni éruptions ni convulsions, et elle était en parfaite santé lorsqu'en avril 1862 a débuté le mal actuel, qui fut précédé par une légère diminution de l'appétit.

Il survint alors des vomissements bilieux abondants persistants, accompagnés de constipation ; puis, au bout d'un mois environ, l'enfant se plaignit de maux de tête sans siège bien déterminé, revenant de temps à autre et durant une demi-heure ou une heure. Bientôt survinrent des bourdonnements d'oreille ; la marche, d'abord chancelante, finit par être presque impossible, si bien qu'au mois de juillet, l'enfant ne se tenait debout qu'avec grand'peine ; à cette époque aussi, elle commença à loucher, et fut prise, vers le milieu de chaque jour, pendant une ou deux heures, d'un besoin de dormir qu'elle n'avait pas auparavant.

Vers le milieu d'août, apparut une crise violente qui commença par une perte subite de la vue, suivie, dès le lendemain, de surdité, d'engourdissement dans le côté droit, de perte d'intelligence, et de vomissements répétés de demi-heure en demi-heure. Cette crise durait six heures, était suivie d'une reprise pareille, moins forte, et, le lendemain, l'enfant était revenue à l'état qui existait lors de l'invasion de ces derniers accidents. Il ne lui en

Digitized by Google

resta qu'un peu de faiblesse et une cécité qui ne fut entièrement dissipée qu'au bout de quinze jours.

Depuis cette époque, elle est sujette à des crises qui reviennent environ tous les quinze jours, qu'elle prévoit et qu'elle annonce assez bien dès la veille, et consistant en un mal de tête sourcilier, avec vomissements bilieux et muqueux, et conservation de l'intelligence. Il lui est arrivé deux fois de balbutier, de ne plus pouvoir parler qu'en bégayant ; puis elle se mettait à chanter, et cet accident se dissipait.

Une autre fois, il lui est survenu tout à coup une paralysie complète de la main et de l'avant-bras gauche. Son bras est tombé inerte le long du corps ; elle a laissé échapper la cuiller et n'a pu la saisir de nouveau. Cette paralysie dura une demi-heure, et disparut tout à coup pour ne plus reparaître ; cependant, quelques jours après cet accident, la marche est devenue plus difficile.

Enfin, vers le milieu du présent mois, il y eut une crise analogue à la première de toutes, mais bien moins violente. Après une nuit agitée, vomissements bilieux répétés, l'intelligence fut perdue ; l'enfant sembla très abattue, comme anéantie, pendant quelques heures.

A la suite de cette attaque, deux petites taches de sang d'apparence menstruel parurent sur sa chemise, bien que l'enfant ait la taille et les dehors d'une fille de 8 à 9 ans qui ne présente aucun signe de puberté. Cependant, depuis cette époque, ses parents la trouvent plus formée, ses traits sont plus accentués ; elle est aussi plus colorée et se réchauffe plus facilement.

Aujourd'hui cette jeune fille entre dans mon cabinet, soutenue par ses parents et pouvant à peine se tenir seule ; sa démarche est incertaine, chancelante, sans roideur ni contracture, mais comme mal équilibrée, bien qu'elle ne jette ses pieds ni en dehors, ni en dedans. Ce défaut dans la marche est encore plus sensible quand l'enfant ferme les yeux ; alors elle chancelle, fait quelques pas de travers et semble près de tomber. Après deux ou trois tours, elle est fatiguée et demande à s'asseoir ; même assise, elle a peine à maintenir son équilibre et penche bientôt d'un côté ou d'un autre, à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, indifféremment.

D'ailleurs les mouvements volontaires et la sensibilité sont partout conservés ; les membres sont bien conformés et bien nourris ; l'action musculaire est très forte dans tous les muscles, surtout aux membres inférieurs. Quand l'enfant est assise, elle repousse vigoureusement avec son pied la main qui lui résiste, et elle se

Digitized by Google

maintient de même, volontairement et vigoureusement, lorsqu'on veut fléchir parfois la jambe sur la cuisse.

Elle est assez intelligente, elle comprend en partie son état ; elle est douce, d'humeur facile et se prête à tout ce que l'on veut d'elle; lorsqu'on lui adresse la parole, la physionomie est habituellement riante.

Cependant elle ne se rend pas un compte exact de ce qui se passe autour d'elle ; il semble qu'elle ne saisisse, des choses qui l'entourent, que la partie la plus rapprochée d'elle. Par moments aussi, et pour quelques moments seulement, son intelligence semble affaiblie, absorbée : on ne sait pas si elle n'entend pas ou si elle ne comprend pas ce qu'on lui dit ; il faut répéter, solliciter son attention, et alors on reconnaît qu'elle a l'ouïe fine, et on peut croire que l'attention seule et peut-être la compréhension faisaient défaut momentanément. Cependant on se prend à se demander si l'ouïe n'est pas abolie par instants, lorsqu'on observe ce qui a lieu pour la vue.

En effet, ce sens est aussi conservé et paraît en ce moment intact, quoique les pupilles soient très larges et à peine contractiles sous l'influence du jour et de la lumière d'une bougie mise presque au contact avec les paupières ; cette lumière, si vive et si rapprochée, ne cause aucune douleur, n'excite pas la sensibilité de l'œil et ne fait pas cligner les paupières.

Malgré la conservation parfaite et habituelle de la vue, par moments il arrive qu'elle se trouble de telle sorte que l'enfant perd la conscience des distances ou plutôt de la position des objets, en sorte qu'elle va les prendre là où ils ne sont pas, quoiqu'elle les distingue parfaitement. D'autres fois, au contraire, elle ne voit pas réellement les objets, elle nie leur présence devant elle, pour les voir et les reconnaître un instant après.

Cette amaurose passagère justifie donc l'idée qu'il existe une surdité passagère plutôt qu'une abolition momentanée de l'intelligence.

L'appétit est bon, les digestions sont faciles, les évacuations naturelles, il n'y a pas de toux, et les organes splanchniques sont tous à l'état normal.

La jeune fille est morte le lendemain du jour où j'avais envoyé sa consultation au médecin de la province.

Elle est morte à la suite d'une nouvelle crise, avec vomissements, contracture des membres supérieurs, et à la suite d'une période comateuse qui a duré quelques heures.

2° M. Laborde, interne à l'hôpital des Enfants, vient de nous

Digitized by Google

remettre une observation qu'il a suivie dans le service de M. Bouvier ; elle présente le tableau complet des symptômes auxquels on peut reconnaître une affection du cervelet. Celle-ci a été diagnostiquée par MM. Bouvier, Roger et Hillairet. Cette observation est d'une telle netteté symptomatologique et a été rédigée avec une appréciation si exacte des phénomènes et une si grande précision de détails, que nous croyons utile de la produire, bien qu'il lui manque la sanction de l'autopsie.

« P....., âgé de 11 ans et demi, entre, le 24 mai 1862, à l'hôpital des Enfants Malades, salle Saint-Jean, service de M. Bouvier. Il a toujours eu une bonne santé ; seulement il contractait très facilement des rhumes. Il y a deux jours, il est pris d'un tremblement violent et continu des membres supérieurs et inférieurs. Ce tremblement existait déjà depuis longtemps aux extrémités supérieures toutes les fois qu'il voulait saisir un objet quelconque, mais il était peu marqué ; il devient surtout intense lorsque le malade essaye de prendre un objet, et il a certaine analogie avec celui de la paralysie agitante ou avec le tremblement sénile. On ne le constate pas aux membres inférieurs à l'état de repos. Ce qui frappe à ce moment l'attention, c'est l'affaiblissement des membres supérieurs et inférieurs. L'expression de la physionomie est des plus étranges ; elle reflète l'état de stupéfaction la plus complète, d'hébétude la plus profonde ; les yeux, grandement ouverts, sont fixes, les pupilles très dilatées, les paupières ne changent point, la vision paraît un peu affaiblie (1). Le malade répond à peine aux questions ; ses réponses sont lentes, difficiles, monosyllabiques. La langue a un tremblement fibrillaire assez semblable à celui qu'on voit se manifester dans la paralysie générale progressive. La sensibilité est conservée ; la peau est chaude et couverte de sueurs profuses ; le pouls est fréquent, faible et irrégulier , les mêmes irrégularités se retrouvent dans les battements cardiaques sans bruit anormal. Lorsqu'on parle au malade de le descendre de son lit pour le faire marcher, il est saisi d'une extrême appréhension et se met à pleurer. C'est à peine s'il peut rester dans la position assise pour que l'on puisse pratiquer l'examen des organes thoraciques ; le thorax a une conformation rachitique ; le sommet droit, en arrière, est le

(1) L'expression étrange de la physionomie, sur laquelle M. Laborde insiste avec juste raison, et que M. Hillairet a signalée également nous paraît due à l'immobilité des globes oculaires, en même temps qu'à la dilatation extrême des pupilles.

Digitized by Google

siège d'une matité plus forte qu'à gauche, et de ce même côté l'expiration est rude, prolongée, souvent même mêlée de râles muqueux profonds et ronflants. Cette dernière partie de l'examen a une grande importance au point de vue de la détermination de l'affection cérébelleuse. Le lendemain de son entrée, 25 mai, le malade accuse une violente céphalalgie occipitale et il a une constipation opiniâtre. — Calomel, 30 centigr.

Le 27, *idem*, mais l'expression de stupeur de la face est augmentée.

Le 28, contracture notable de l'avant-bras gauche, et en même temps roideur tétanique de la colonne cervicale.

On fait mettre le malade debout. Abandonné à lui-même, il est pris d'un tremblement général de tout le corps, et particulièrement des membres inférieurs. Il est en proie à une hésitation, à une perplexité extrême ; il ne peut se décider à changer de place, et lorsqu'on le presse de marcher, il se prépare à mettre un pied au-devant de l'autre, mais il est immédiatement entraîné comme par une force irrésistible dans un mouvement de recul qu'il lui est impossible de maîtriser et qui n'est arrêté qu'à la faveur d'un obstacle.

Le lendemain, on essaye de nouveau de le faire marcher en présence de MM. Bouvier et Roger, et on constate quelques particularités nouvelles. Lorsqu'on tient le malade par les mains et qu'on lui imprime pour ainsi dire le premier mouvement en l'entraînant en avant, il marche, quoique avec beaucoup d'appréhension et en quelque sorte à pas comptés ; mais, à peine est-il abandonné à lui-même, qu'il est irrésistiblement entraîné de nouveau dans une rétrogradation rapide jusqu'à la rencontre d'un obstacle. Ce phénomène se reproduit toujours lorsqu'on le provoque. Une fois cependant l'enfant ayant été mis à une petite distance de son lit, qu'il réclamait avec instance, il a pu se précipiter vers lui avec une démarche hésitante et dans une direction oblique du côté droit ; aussitôt que le but a été atteint, le malade est saisi encore du même mouvement de rétropulsion qui l'a, contre sa volonté bien déterminée, entraîné de nouveau loin de son lit, si désiré.

Le mouvement de recul, la tendance irrésistible à être entraîné d'un côté, le tremblement des membres, la contracture, l'existence d'une lésion organique aux sommets des poumons, firent admettre, dans ce cas particulier, un tubercule dans un des lobes cérébelleux.

On comprend tout ce qu'il y avait de grave, au point de vue

Digitized by Google

du pronostic, dans la détermination diagnostique de cette affection. Cependant, malgré les craintes bien fondées d'une terminaison fatale et prochaine, il y eut une rémission des plus inattendues. A partir du 9 juin, c'est-à-dire quinze jours après son entrée, la physionomie avait changé d'aspect, l'expression de stupéfaction et d'hébétude profonde avait fait place à une physionomie intelligente et pleine de sourire. Le malade répondait aux questions, mais encore avec un peu de paresse ; le mouvement de recul se produisait encore par intervalles seulement ; le tremblement persistait aux mains à un moindre degré ; la contracture du bras gauche et du cou avait disparu, la station et la marche étaient devenues possibles dans certaines limites ; il y eut un moment d'arrêt dans la maladie.

Le 17 juin, le malade peut se lever et prendre lui-même ses aliments ; cependant il conserve encore assez le cachet de la maladie pour que M. Hillairet se croie autorisé à diagnostiquer une affection organique du cervelet. Quoi qu'il en soit, le jeune malade est sorti du service dans un état aussi satisfaisant que possible ; marchant toutefois avec lenteur, parlant avec peine, et offrant encore quelque chose de bien étrange dans l'expression du regard. »

THÉRAPEUTIQUE HYPNOLOGIQUE

—

Un cas particulier d'insomnie traitée par la suggestion à l'état de veille,

Par J. G. NATANSON,

Interne à la Maison de santé d'Ivry.

M. X. est marié et âgé de 52 ans. Il ne présente aucun antécédent héréditaire, ni personnel bien intéressant. Doué d'une forte constitution, il a toujours joui d'une bonne santé. Il y a huit mois, il a éprouvé une forte frayeur à la suite d'un incendie qui a détruit une partie de sa propriété, qui du reste était assurée. Cet accident l'avait tellement ébranlé, qu'il éprouvait depuis de vagues inquiétudes, au sujet de la sécurité de la maison qui continuait d'être assurée. Il s'imaginait toujours que le feu se déclarerait et consumerait sa propriété. Tout

Digitized by Google

en se rendant parfaitement compte de la vanité de ses appréhensions, il ne pouvait pourtant pas vaincre ces obsessions qui le hantaient jour et nuit et lui rendaient la vie impossible. A ces obsessions s'ajoutait encore l'idée (qu'il reconnaissait d'ailleurs fausse) que sa maison n'était pas assurée. Aussi était-il sans cesse à demander aux siens de lui montrer l'assurance et envoyait-il lettres sur lettres à l'agent d'assurances pour savoir, si réellement sa maison était assurée. Peu à peu, ces doutes s'étendirent à tout ce qui concernait ses affaires commerciales et autres.

Il devint de plus en plus anxieux, il se sentit très malheureux et perdit le sommeil. Les médecins qu'il avait consultés lui avaient conseillé de se retirer des affaires et d'entrer dans une maison de santé. Il vint donc de son propre gré se faire soigner ici, il y a six mois.

A l'examen, nous ne trouvons chez cet homme absolument rien d'anormal au point de vue intellectuel et moral. Son jugement est sain. Son attachement pour les siens est profond et n'est nullement altéré. La seule chose que nous puissions relever est cette vague inquiétude au sujet de l'assurance et de la sécurité de ses affaires qui le tracasse continuellement et l'empêche de dormir. Il est toutefois à remarquer qu'il est parfaitement conscient, comme nous l'avons déjà dit, de l'absurdité de ses peurs et de ses vaines appréhensions. Il a par moments une crise de larmes et d'abattement pendant laquelle il se frappe la tête contre les murs, — mais c'est tout.

Les fonctions organiques sont en bon état.

Nous diagnostiquons : état anxieux avec quelques idées mélancoliques et de doute sans lésions cérébrales.

Ce que nous nous efforçons de combattre avant tout — c'est l'insomnie qui fatigue beaucoup le malade. A cet effet nous lui faisons des piqûres de morphine (chlorhydrate) à la dose de 1 c.c.et demi tous les soirs ; en même temps nous lui administrons deux cachets de sulfonal par jour (sulfonal 0,80 centigr., analgésine 0,30 centigr. pour un cachet), et ce n'est que grâce à l'association de ces hypnotiques qu'il arrive à dormir environ 6 heures.

La séquestration, la vie réglée, l'éloignement du milieu où son affection a pris naissance et, surtout, disons-le, le manque de tare héréditaire, produisent à la longue une réaction salutaire. Ses obsessions se font plus rares et sont de peu d'intensité.

M. X. commence à lire les journaux, ce qui ne lui est pas

Digitized by Google

arrivé depuis longtemps, il vient à la salle de billard et joue avec un certain plaisir. Il se montre même au salon de lecture où il prend part aux jeux de cartes et aux danses. Il s'achemine visiblement vers la guérison. Nous diminuons la morphine d'un demi-centim. cube et en avertissons le malade. Cette première nuit, il la passe sans dormir ou peu s'en faut ; il nous dit le lendemain qu'il craint fort que son insomnie ne revienne à cause de la diminution de la dose de morphine. Nous lui persuadons avec toute la force de conviction possible qu'il n'en sera rien et qu'il dormira bien. Mais la nuit suivante, même insomnie. M. X. se met au lit avec l'idée fixe qu'il ne dormira pas, ce qui le tient éveillé toute la nuit (1).

Nous avons recours au stratagème suivant.

Nous annonçons à notre malade avec un air mystérieux qu'on vient de découvrir une nouvelle substance qui sans être un hypnotique (ceci est important) permet dans les cas d'insomnie de supprimer tous les hypnotiques et amène infailliblement un sommeil normal. Sans donner immédiatement au malade ce médicament *merveilleux* nous laissons germer dans son esprit pendant quelques jours l'idée qu'il pourrait dormir tranquillement grâce à cette substance. Il s'agit là évidemment d'une suggestion. Pendant les jours suivants le malade est fort intrigué, il ne cesse de nous entretenir du nouveau remède et nous le réclame à grands cris.

Nous préparons alors une potion de 300 grammes d'eau avec *quatre* gram. de bromure de sodium. Nous colorons la potion et nous lui ordonnons d'en prendre *une* cuillerée à café avant de se coucher.

Cette mise en scène était pour intriguer vivement le malade et lui donner la foi en l'infaillibilité du remède.

Nous avons ainsi créé dans l'esprit du malade l'idée fixe que la potion lui donnera le sommeil, idée qui est venue s'implanter à la place de celle que sans hypnotiques il ne pourrait dormir (2).

(1) A ce moment-là nous avons voulu essayer l'action de la suggestion simple comme moyen hypnotique.

(2) A ce sujet nous avons publié récemment dans le *Journal de Médecine de Paris*, le compte-rendu d'un livre paru à Boston et intitulé : De l'usage de l'hypnotisme à la première phase comme moyen de modifier ou d'éliminer complètement une idée fixe, par le Dr Russel Sturgis.

Pour avoir une plus ample connaissance de ce sujet nous renvoyons nos lecteurs au dit Journal du 20 mai 1894.

G. N.

Digitized by Google

Nos espérances se sont pleinement justifiées. Nous diminuâmes tous les jours et progressivement la morphine et le sulfonal. Au bout d'une dizaine de jours, M. X. ne prit plus que la potion en question dont le peu d'action hypnotique saute aux yeux des lecteurs.

A l'heure qu'il est notre malade dort d'un seul trait 8 heures par jour sans avoir recours à *aucune* médication. Il est parfaitement calme, ses obsessions ont complètement disparu, et en toute conscience, nous pouvons le considérer comme guéri (1).

Traitement de l'alcoolisme chronique par la suggestion hypnotique (*The treatment of chronic alcoholism by hypnotic suggestion*),

Par E. Bushnell.

(*The medical News*, 31 mars 1894, n° 1, p. 337.)

L'auteur rapporte 23 observations dans lesquelles la guérison d'alcooliques plus ou moins invétérés aurait été obtenue plus ou moins définitivement à l'aide de la suggestion hypnotique. Sur ces 23 cas néanmoins on doit distinguer 4 cas dont on ne peut tenir compte. Sur les 19 restants, 8 sujets sont restés sobres, 3 ont été d'abord sobres, puis après rechute et un traitement nouveau le sont redevenus, 8 ont eu des rechutes. L'auteur estime que la suggestion est une méthode très favorable, et, après en avoir donné la technique, pense qu'il n'est pas nécessaire que l'on détermine le sommeil hypnotique. Au reste, les dangers de l'hypnose ne sont pas à comparer à ceux de l'alcoolisme.

(5 mai 1894).

MÉDICATIONS DIVERSES

—

Le strophantus dans la dipsomanie.

M. A. *Skworzow* a observé trois cas de dipsomanie où l'action de ce médicament fut surprenante.

Il s'agissait des malades chez lesquels les accès duraient de 3 à 6 semaines.

Digitized by Google

Après la *première* administration du strophantus à la dose de *VII* gtt., la crise fut immédiatement coupée. Dans les autres deux cas la crise cessa après la 3e administration du médicament.

Le malade ressent tout d'abord des nausées et des envies de vomir, sans toutefois aboutir aux vomissements.

Deux à trois minutes plus tard, une réaction fébrile s'opère laquelle se termine par d'abondantes sueurs.

Mais tous ces malaises ne tardent pas bientôt à disparaître sans aucune trace. Et, chose très remarquable, c'est que le désir de l'alcool disparaît en même temps. La seule vue des spiritueux provoque chez les malades un sentiment de profond dégoût.

La crise, coupée dans de si heureuses conditions, n'est accompagnée d'aucun phénomène nerveux inquiétant.

L'auteur enregistre cette nouvelle propriété du strophantus avec beaucoup de satisfaction, mais il avoue en ignorer absolument le mode d'action sur l'organisme.

De nouvelles recherches sont donc nécessaires dans cette voie. (*Wratsch*, 47, 1893.)

G. N.

L'action de quelques médicaments dans le traitement des maladies mentales.

M. le professeur *Kowalewsky* (de Charkow), dans différents cas, recommande les médicaments suivants :

1. Le *bromoforme* ($CHBr^3$) a la propriété de calmer les aliénés agités. Ce médicament est employé sous la forme suivante :

Glycérine....................	50 grammes.
Essence de cannelle.........	III gouttes.
Bromoforme	XV gtt. — XL gtt.

Une cuillerée à bouche dans la journée.

Augmenter tous les 2 jours la dose de bromoforme de V gtt. et arriver jusqu'à 30-40 gouttes par jour.

Ce médicament a été employé avec succès dans :

Délire de grandeurs au cours de la paralysie générale...............	2 cas.
Délire érotique.....................	3 —
Folie épileptique..................	2 —

Digitized by Google

Délire suraigu....................	2	cas.
Lypémanie anxieuse.............	2	—
Folie hystérique avec hallucinations	1	—

2. Le *sous-nitrate de soude* a été administré à la dose de 3-5 grammes par jour dans une dizaine de cas.

Sous son influence, les congestions passives du cerveau diminuent, ainsi que le spasme des vasomoteurs. Le pouls devient moins fréquent et la tension artérielle diminue. Les hallucinations et l'excitation motrice se sont amendées dans les cas suivants :

Hypocondrie......................	3	cas.
Délire érotique....................	2	—
Manie récurrente..................	2	—
Manie furieuse....................	1	—
Folie épileptique..................	2	—

Dans 2 cas, 6 grammes de ce médicament ont enrayé les accès d'épilepsie.

3. *Cantharidinate de potassium* préparé par Liebreich a rendu de signalés services au début de paralysie progressive. On l'emploie en injections sous-cutanées :

Cantharidine pure........	0,20 centigr.
Carbonate de potassium très pur................	0,40 centigr.
Eau distillée.............	1.000 grammes.

L'auteur injecte 2-10 milligrammes de cantharidinate de potassium tous les 2 jours. (*Arch. de Psychiatrie de Charkow*.)

G. N.

VARIA

Corps étranger introduit dans les voies digestives d'un aliéné et ayant séjourné seize jours.

Voici un cas vraiment extraordinaire et qui mérite les honneurs de la publicité.

M. le docteur Ch. Vallon rapporte, dans la *France Médicale*, l'observation suivante :

Digitized by Google

« R... est âgé de trente-sept ans, c'est un homme de petite taille (1 m. 58), mais assez bien constitué ; fils d'une mère aliénée, il est atteint de débilité mentale avec idées délirantes polymorphes (idées ambitieuses, idées de persécution et idées hypocondriaques) ; il présente, en outre, des hallucinations de l'ouïe (il entend des *voix téléphoniques*) ; enfin il est sujet à des accès d'agitation, parfois très intenses, revenant à intervalles irréguliers, d'une durée variable, se développant tout d'un coup et cessant de même.

« Un dimanche, au parloir, R... se met en colère contre sa femme, parce qu'elle veut se retirer trop tôt, à son gré, et, comme elle sort sa montre pour lui montrer l'heure, il saisit brusquement cet objet et l'*avale* d'un trait, comme il aurait fait d'une simple pilule.

« Mon interne, M. Bonnet, appelé immédiatement, ne veut pas croire, malgré les affirmations très nettes de Mme R..., que le malade a vraiment avalé la montre, et, pensant qu'il a dû plutôt la jeter dans quelque coin, il la fait chercher soigneusement, mais c'est en vain.

« Le lendemain matin, à la visite, je suis mis au courant de ce qui s'est passé la veille ; bien que doutant fortement de la réalité du fait, je me mets en devoir d'examiner le malade R... qui, depuis la scène du parloir, est en proie à une vive agitation, ne veut même pas se laisser approcher ; je le fais coucher sur un lit et maintenir par quatre infirmiers, j'essaie de palper le ventre, mais je ne puis y arriver, le sujet se débat et contracte violemment les muscles de la paroi abdominale. Je prescris un purgatif (de l'huile de ricin), et, comme alimentation, de la soupe et des purées en quantités; je recommande, en outre, de surveiller le malade, de ne pas le laisser aller aux cabinets, mais de lui donner un vase.

« Les jours suivants se passent sans le moindre incident ; la palpation de l'abdomen est toujours impossible, en raison de l'agitation du malade ; celui-ci ne paraît pas, d'ailleurs, éprouver le moindre malaise, il mange de bon appétit et va régulièrement à la selle.

« Le onzième jour, R... étant plus calme, j'explore soigneusement l'abdomen, surtout la région de l'estomac, mais je ne sens rien d'anormal ; il est vrai que mon malade est encore indocile et se prête mal à l'examen.

« Enfin, le seizième jour, R... rend, par le rectum, le corps étranger, accompagné de matières fécales ; il l'avait gardé exactement quinze jours, quinze heures, trente minutes. (Quel-

Digitized by Google

le précision ! Si le cadran s'était arrêté au niveau du sphincter, on aurait eu là un observatoire ambulant d'un nouveau genre.) *Note du rédacteur.*

« La montre, en argent, est noircie, recouverte qu'elle est par une très mince couche de sulfure d'argent ; elle est plate, mais cependant assez volumineuse ; son diamètre, non compris l'anneau, est de 4 centimètres ; il égale, par conséquent, à un demi-centimètre en moins, celui d'une pièce de cinq francs en argent ; son épaisseur est de 1 centimètre, c'est-à-dire équivaut à celle de quatre pièces de cinq francs en argent superposées.

« Le verre et les aiguilles sont détachés du reste de la montre ; la séparation s'est très vraisemblablement produite au moment où la montre est venue frapper le fond du vase. R... prétend n'avoir éprouvé aucune douleur, au moment de la défécation ; il ne présente d'ailleurs aucune lésion de l'anus.

« Pour compléter l'examen du sujet, j'explore son arrière-gorge, elle est normalement conformée, mais il existe une anesthésie complète ; on peut enfoncer profondément le doigt dans le pharynx sans produire le moindre réflexe. Cette anesthésie pharyngienne existait probablement quand le malade a avalé la montre ; je dis probablement, car je ne l'avais pas recherchée à cette époque.

« Deux points me paraissent intéressants à noter, dans cette observation :

« 1° La facilité surprenante avec laquelle la montre a été déglutie, malgré son diamètre assez considérable ;

« 2° L'absence de tout accident et même de tout trouble dans les fonctions digestives, malgré le séjour prolongé du corps étranger. »

(*Le Mouvement thérapeutique et médical*, 15 août 1893.)

NOUVELLES

Il vient de se fonder tout récemment en Allemagne une Revue dont le titre est : *Revue mensuelle internationale de photographie médicale*, et le directeur M. le Dr Ludwig Jankau (de Munich).

Le but que poursuit cette revue est aussi instructif qu'original. Il suffit d'autre part de jeter un coup d'œil sur la liste de ses rédacteurs pour se convaincre qu'elle ne ment pas à son titre et qu'elle est vraiment internationale. Les articles sont écrits en allemand, en anglais et en français, et c'est là

Digitized by Google

une heureuse innovation dont nous félicitons chaudement la Rédaction.

Parmi les savants étrangers qui ont promis leur concours, nous relevons les noms de M. Marcy (Paris), de M. Luys (Paris), de M. Richer (Paris), de M. Cozzolino (Naples), de M. Bruggio (Imola), de M. Herz (Vienne), de M. Lassar (Berlin), de M. Minor (Moscou) et autres.

Les travaux photographiques du système nerveux de M. J. Luys, travaux dans lesquels, grâce aux procédés tout à fait personnels, l'auteur a mis en relief tant de points de l'anatomie microscopique du cerveau qui paraissaient obscurs ou qui étaient même ignorés jusqu'à lui, ont démontré depuis longtemps quel rôle la photographie pouvait jouer dans cette branche de la science.

Qui pourrait nier, après cela, les services que la photographie rendra à la pathologie externe et interne ?

La Revue recherche les moyens d'amener la photographie médicale à son plus haut degré de perfection, et il faut espérer que la Dermatologie et la Bactériologie, par exemple, y trouveront leur profit. De même, les différentes attitudes vicieuses des membres soit congénitales, soit à la suite des fractures et des luxations, seront exactement notées par l'appareil. Le praticien y trouvera sûrement un secours incontestable pour le diagnostic.

Le jeu si compliqué des muscles de la face qui donne à la physionomie tant de nuances, l'expression des yeux, le regard qui jouent un si grand rôle dans l'anthropologie criminelle et dans la pathologie mentale seront reproduits fidèlement avec une telle netteté que d'intéressantes études seront faites, nous n'en doutons pas, dans cet ordre d'idées.

Les avantages de la photographie médicale ne s'arrêtent pas là : ils sont innombrables. Bornons-nous à dire combien elle vient en aide à qui s'occupe de l'hypnotisme.

Outre les articles originaux consacrés à différents sujets de photographie médicale, il y a une partie spéciale destinée à la Bibliographie internationale, à la technique photographique, aux appareils, etc.

Nous ne saurions trop louer les rédacteurs de la noble tâche qu'ils ont entreprise et nous leur exprimons ici toutes nos sympathies, sûrs que nous sommes des services signalés que leur Revue rendra à la science.

J. G. NATANSON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE LA REVIVISCENCE

DE LA

SENSIBILITÉ DU MEMBRE AMPUTÉ

CHEZ UN SUJET EN ÉTAT HYPNOTIQUE

Par M. J. Luys.

Je présente à la Société un sujet atteint de troubles de la sensibilité, lesquels, à mon avis, n'ont pas encore été signalés.

Il s'agit de la reviviscence des impressions sensitives dans un membre amputé chez un sujet en état d'hypnotisation.

Le nommé M..., menuisier, vingt-huit ans, a subi, il y a cinq ans, la désarticulation complète du petit doigt de la main droite, à la suite d'un traumatisme. Ce sujet est entré plus tard dans mon service à la Charité pour des accidents nerveux caractérisés par des phénomènes subits de léthargie et de somnambulisme. — Je me suis aperçu qu'il était facilement hypnotisable et, qu'au moment où il était en état hypnotique, la région correspondant au moignon de la section du membre amputé donnait des signes de douleur. J'ai noté en même temps que cette sensibilité reviviscente se prolongeait le long de la continuité du doigt absent comme si elle se manifestait sous forme d'un courant nerveux centrifuge et qu'en faisant des pincements, des piqûres à la place qui devait être occupée par le doigt absent, le malade accusait une exquise douleur. Il se plaignait des piqûres et du mal qu'on lui faisait.

Digitized by Google

Vous voyez que les choses se passent comme je l'indique.

La sensibilité du doigt coupé renaît et s'extériorise et, si je fais un pincement ou une piqûre le long du courant sensitif qui *s'échappe*, le patient sent la douleur et se plaint vivement.

J'ai maintes et maintes fois répété ces expériences devant les auditeurs qui suivaient mes cours, et eux-mêmes l'ont vérifié.

Bien plus, voici encore une série de manifestations surajoutées et qui donnent à ce phénomène étrange une confirmation toute spéciale.

Ce n'est pas seulement la sensibilité consciente qui est sollicitée chez lui, c'est la sensibilité trophique du bras, de la peau de l'avant-bras qui est sympathiquement associée à la douleur et qui se révèle par des manifestations spéciales, trophiques.

Ainsi, voici le phénomène étrange qui se révèle : — à la suite des piqûres douloureuses ressenties par le malade, ayant comme point d'origine le trajet du doigt amputé et répercutées par les centres corticaux, j'ai vu des traces d'érythème, des empâtements du tissu sous-cutané de l'avant-bras se manifester, des lymphangites partielles apparaître, etc., et en un mot des manifestations physiques tangibles se révéler, à la suite d'irritations, en apparence fictives, pratiquées sur les courants sensitifs qui échappaient à la vue.

L'explication physiologique de cet étrange phénomène est encore entourée de bien des difficultés, et sous forme dubitative j'expose l'explication suivante :

Chacun sait que les amputés souffrent à un moment donné dans le membre qu'ils ont perdu. — J'en ai connu un qui, ayant été amputé de la jambe, se plaignait d'une façon très vive par moments de ressentir les douleurs lancinantes d'un cor qu'il avait au pied. Et cela étant, il est évident que par cela même que les régions centrales de l'écorce servent normalement de réception à toutes les impressions sensitives, et que celles-ci peuvent rester silencieuses. — Mais sous l'influence d'un état nouveau produit par l'hypnotisation, elles révèlent alors leurs énergies latentes et développent des courants sensitivo-trophiques engourdis.

Dans ce cas particulier, dans les conditions normales de sa vie, le sujet n'éprouve pas ces sensations reviviscentes de son doigt amputé ; mais, vient-il être mis à l'état hypnoti-

Digitized by Google

que, les centres sensitifs et trophiques de l'écorce sont, du fait même de l'état hypnotique, mis dans des conditions extra-physiologiques. — Il se passe alors chez lui, comme chez tous les sujets hypnotisés, un état tout nouveau des forces nerveuses centrales en vertu duquel la sensibilité disparaît instantanément du tégument cutané, et l'anesthésie est plus ou moins généralisée alors. — Se tranforme-t-elle en motricité pour produire les phénomènes d'hyperesthésie neuro-musculaire ? — Se disperse-t-elle dans d'autres aires de l'écorce pour donner à d'autres départements une vivacité et un éclat insolite ? -- Ou bien s'écoule-t-elle comme un fluide par l'extrémité digitale en s'extériorisant ? — Malheureusement, sur ces différents points la physiologie cérébrale est encore incertaine, et les psychologues officiels ne paraissent pas s'intéresser à cet ordre de faits tout nouveau.

Toujours est-il que dans le cas présent l'hypothèse qui consiste à envisager une portion de la sensibilité se dégageant par les extrémités digitales paraît être la plus vraisemblable. Richembach, dans ses études, a déjà signalé l'existence de ce phénomène perceptible dans l'obscurité et M. de Rochas a rapporté récemment des faits de cet ordre (1).

Et c'est en vertu de cette puissance d'extériorisation que la sensibilité du membre amputé qui sommeille dans les régions sensitives de l'écorce de notre sujet, sous l'influence des perturbations de l'état hypnotique, se dégage comme un courant centripète de son foyer générateur. Elle s'extériorise et se révèle alors avec des modalités variées sensitives et trophiques. — Ce sont les courants trophiques sollicités centralement qui détermineraient alors des troubles circulatoires consécutifs de la peau de l'avant-bras et qui représentent alors la mise en action des centres trophiques intra-corticaux dont l'activité devient aussi reviviscente (2).

(1) De l'objectivité des effluves perçus sous forme de lumière dans l'état hypnotique. (*Annales d'Hypnologie et de Psychiatrie*, juin, p. 185.)

(2) Je rappelle à ce propos les curieuses expériences de M. de Rochas qui, à un moment donné, a pu recueillir les effluves de cette sensibilité en mouvement sur la surface d'un verre d'eau comme dans un condensateur. — Sur le sujet ici présent, j'ai pu répéter les mêmes expériences et constater que la soustraction inopinée des effluves sensitifs amenait, au moment du réveil et pendant un jour ou deux, un état mental tout à fait spécial d'irritation inconsciente chez ledit sujet. Ce sera l'objet d'une communication ultérieure.

Digitized by Google

PSYCHOLOGIE ETHNOGRAPHIQUE

—

De l'état mental du Chinois vivant en Amérique

M. André Chevrillon a retracé dans le feuilleton d'un grand Journal de Paris (1), avec le talent d'observation dont les lecteurs de la *Revue des Deux-Mondes* ont été à même d'apprécier la portée, à propos de ses articles si descriptifs de son voyage dans l'Inde, un portrait très précis, très bien analysé de certains types de ces populations chinoises vivant en Amérique, et dont je suis heureux de présenter dans cette Revue quelques extraits. Ils sont destinés à fournir des documents typiques, sur la façon dont ces populations continuent leurs habitudes héréditaires, au milieu de la vie intensive des Yankees qui les environnent.

Je crois au point de vue de la psychologie générale que les lecteurs des *Annales* prendront quelque intérêt à ces pages, et qu'ils verront en elles une série de documents utilisables destinés à jeter quelques lumières sur l'état mental de ces populations asiatiques, si intelligentes, si perspicaces sous certains côtés de leur existence, et en même temps si dépourvues d'initiative, si machinales, si *automatiques*, je dirais même, sous d'autres. Elles nous donnent aussi l'impression d'un défaut de symétrie, d'irrégularités bizarres dans l'ensemble des facultés mentales, incontestablement imputable à leur conformation crânienne, à leur morphologie cérébrale spéciale.—Elles créent aussi des types humains originaux, ayant leur manière de penser, leur *manière de voir à part* (yeux obliques) leur manière d'agir spéciale, et qui sont si intéressants à étudier comme échantillon des variétés des races humaines.

J. L.

État intellectuel des Chinois

« De même, çà et là dans les foules noires qui ruissellent au cœur des cités américaines, aux coins où les longues avenues coupent les rues centrales, différent de tous, apparaît le léger et féminin Céleste. Il va, timide, la démarche enfantine et gênée, chaussé comme une poupée de hautes babouches bombées, le crâne tondu, la natte soigneuse et serrée, sa sèche figure vide d'expression, dure et fine à la fois, comme

(1) Feuilleton du supplément littéraire du *Figaro* 1893.

Digitized by Google

sculptée dans une boule de buis jaunâtre. — Isolés, perdus parmi les millions de blancs hostiles, impassibles dans le frémissement enragé de la vie américaine, ils subsistent presque inaperçus ; avec une patience et une obstination d'insectes, ils continuent leur vie chinoise, ne communiquant qu'entre eux, réglementés, disciplinés comme par leur administration asiatique, tous semblables, mus par des traditions héréditaires, inassimilables, incapables d'invention spontanée, d'effort individuel, d'initiative originale, chacun d'eux subissant la poussée d'un passé si long que la variation n'est plus possible — fixés à jamais dans la forme simple suivant laquelle depuis des siècles a cristallisé l'humanité chinoise.

***

Pendant le jour, ils répètent leur *Siao-Sin*, la formule sage : « Rapetisse ton cœur » ; on les voit au fond des ruelles, dans leurs cabanes de bois, qui blanchissent et repassent avec patience. Le soir, dans des caves, dans des tripots obscurs que surveille la police, ils s'entassent, ils jouent : quelquefois une poussée simple de colère vient casser la placidité d'une face jaune, un bras se détend, faisant jaillir l'éclair d'un couteau.

« Enfer chinois », disent les Américains en parlant de ces mauvais lieux, bouges inquiétants fréquentés par cette population sans femmes, par ces asiatiques aux yeux sages, amis du repos et de la tempérance, et qui ont inventé les dernières ignominies comme les pires tortures... Le plus souvent, tout simplement, ils se couchent sur de petites banquettes serrées, les pipes d'opium s'allument, les maigres figures de buis prennent une rigidité de mort, les yeux se dilatent dans l'abrutissement ou le rêve, et la fade fumée stupéfiante s'épaissit dans le silence...

Peu à peu, on se sent hanté par le mystère de ces êtres qui vivent sans bruit à côté de nous, séparés de nous par des abîmes et par des siècles ; on les recherche, on veut les interroger ; on s'aperçoit qu'ils sont bons commerçants, très à l'affût du dollar, mais leurs réponses sont insignifiantes : on n'apprend jamais rien dans ces conversations enfantines et souriantes. On dirait qu'ils ne voient pas ce monde américain, cette civilisation différente qui les enferme de toutes parts ; ils ne semblent pas sentir les contrastes. A coup sûr ils n'admirent pas, car ils n'ont jamais essayé d'imiter. Au fond, sous leur maigre sourire courtois, on devine le dédain de vieux civilisés tranquilles pour de bruyants barbares.

Digitized by Google

Cinq compagnies chinoises les amènent et les distribuent dans les États. Elles leur assignent leur place, elles les administrent et, pendant deux ans, pour se payer des frais de la traversée leur prennent tous les dollars qu'ils gagnent. Non seulement elles les administrent, mais elles les gouvernent, sachant se faire justice lorsqu'un Chinois tente, avant d'être libéré, d'échapper à l'étroite discipline orientale. A San-Francisco, à Portland, de temps en temps, le matin, on ramasse au milieu de la rue un cadavre chinois. On ne découvre jamais les assassins.

Près du grand Lac Salé, dans les montagnes où sont les mines d'argent, pendant plusieurs jours j'ai pu les voir de près, car chaque équipe d'ouvriers compte un Chinois qui fait la cuisine. J'espérais beaucoup de ce voisinage, mais je n'en ai pas tiré grand'chose. Avances et questions n'étaient reçues que par des rires clairs, des exclamations inexpressives et gentilles.

Pourtant, à Butterfield on peut voir un grand lettré, Hing, qui a passé des examens et qui, à Canton, dressa de petits Chinois accroupis à moduler suivant la tradition des préceptes moraux.

Pour me prouver son savoir, il a bien voulu écrire dans mon carnet avec son pinceau des lettres difficiles. « Personne dans la vallée, dit-il, ne peut lire les caractères savants qu'écrit Hing. » En Chine, cela s'appelle avoir de la littérature et de la science. Avec un accent chantant, dans un anglais qui semble articulé par un bébé, par une très petite fille qui ne prononce pas les *r*, dans son *pidgeon English*, il nous a débité quelques légendes. Mais cela ne rime à rien, ne mène à rien, ne fait rien entrevoir ; cela semble fait pour être conté, non pas même à un enfant, mais à un petit chat ; rien que de menus événements secs qui ne se nouent pas : nulle intrigue, nulle allégorie. On retrouve bien là l'intelligence élaguée, ratatinée de ce peuple vieillot qui n'imagine pas.

Dans un recueil de fables qu'a traduites M. Stanislas Julien, l'une des plus émouvantes raconte l'histoire d'une grenouille verte et d'un crabe qui parièrent à qui traverserait le plus vite un ruisseau. « Le crabe fut rencontré par une jeune fille qui l'attacha avec une corde de paille et l'arrêta tout court. La grenouille arrivant la première : « Ne m'accuse pas de lenteur, dit le crabe, je serais déjà arrivé si cette petite coquine ne m'eût arrêté. » Rien de plus : voilà qui suffit à les intéresser.

Digitized by Google

De même, un Père jésuite conte que, dans les villages thibétains, des foules enthousiastes s'assemblaient autour de lui pour écouter de petites historiettes qu'il tirait des fables de La Fontaine, *la Grenouille et le Bœuf*, *le Renard et le Corbeau*, s'ébahissant devant l'anecdote, l'applaudissant comme un drame, se répétant avec admiration la petite intrigue, la petite morale.

Voilà qui peut servir à expliquer la vie solitaire que mène chacun de ces Chinois dans ces montagnes. Habiles domestiques des mineurs qui ne leur parlent jamais, ils vivent sans désir, sans rêve, au milieu de choses chinoises, faisant tout venir de Chine, leur riz, leurs crevettes fumées, leurs conserves de vers blancs, leurs babouches et leurs étoffes : pas un seul des dollars qu'ils gagnent en Amérique ne retourne aux Américains. Ils épargnent pour revenir riches au bord des grands fleuves, dans leurs rizières, dans leurs villages aux toits cornus, satisfaits à l'idée que, s'ils meurent, la Compagnie doit ramener leurs os pour les mêler à ceux de leurs ancêtres dans certaine petite prairie qu'ils connaissent.

Ainsi vit Charley à qui nous allons quelquefois demander une tasse de thé vert quand nous rôdons dans les sauges pâles de la montagne au-dessus de la longue plaine mormone. On le trouve toujours seul dans sa cabane de bois blanc, causant avec son minet gris, l'air très fin tous les deux, très tranquilles, très propres, indifférents au tunnel que les ouvriers creusent vers le filon d'argent, dépourvus de curiosité pour les engins qui tournent tout seuls, en perçant quinze pieds de roc. Dans cette cabane, il est en Chine. Autour de lui rien que des planches nettes, des boîtes de thé, des bâtonnets pour manger le riz, un pinceau, du papier de riz, quelques pains d'encre, un formulaire pour rédiger ses lettres comme il convient, sans manquer au rite, au cérémonial séculaire.

L'autre jour il a écrit à un grand astrologue de San-Francisco, qui vient de lui répondre par un long grimoire dont les caractères s'alignent en files verticales, plein de prophéties mystérieuses, sur lesquels il refuse de s'expliquer. Mais comme nous le poussons, il finit par faire entendre que le ciel lui réserve du bonheur et qu'il rentrera dans la ferme paternelle, près de Nan-Kin, avec beaucoup de dollars.

La nuit tombée, les fumeries d'opium s'emplissent, sectionnées verticalement en chambres basses pour que les hommes s'y tassent en couches pressées et les remplissent entière-

Digitized by Google

ment. Conduit par un policeman, on entre ; la fumée vous prend à la gorge, enivrante, douçâtre, alanguissante. Peu à peu, à la lueur des veilleuses, tout autour de la chambre, où l'on a du mal à se tenir debout, on distingue des banquettes étagées. Vingt fumeurs sont là, serrés les uns contre les autres : pour cinquante sous l'heure ils s'abrutissent et s'empoisonnent en silence, une longue pipe dans leur bouche endormie. De temps en temps un visage se hausse pour rallumer l'opium éteint à la petite lampe qui brûle à côté de chaque fumeur, et, soudain rapprochée de la flamme, elle s'éclaire, cette face, et, vision hideuse, elle apparaît un instant, stupéfiée, jaunâtre, alourdie, les prunelles vagues, noyées, ne regardant rien. Et puis la tête retombe et le corps rentre dans son immobilité de cadavre.

*
* *

Plus loin c'est le théâtre avec ses cymbales, ses gongs, ses flûtes, ses mélopées suraiguës et sans fin, les antiques costumes peinturlurés, multicolores et somptueux, les minauderies rythmées, la démarche pointue des acteurs aux pommettes rouges, qui jouent les rôles de femmes, les gestes lents qui semblent se développer suivant un rite, accompagnés de psalmodies perçantes, les yeux bridés qu'une ligne khol allonge encore en fentes minces, les grimaces cérémonieuses, les tchins tchins précieux, les révérences sempiternelles, les jongleries savantes intercalées, les pièces comprises dans la pièce comme ces boîtes d'Orient qui s'enferment l'une dans l'autre, tout cela monotone, sans intrigue, vous donnant la sensation de l'indéfini, se déroulant sans marcher vers un dénouement, chaque prologue durant plusieurs semaines, et chaque drame se poursuivant tous les soirs pendant des mois.

*
* *

On veut finir par le temple ; on se dit qu'en toute contrée c'est là qu'une race a mis le plus d'elle-même, c'est là qu'on croit entrevoir son âme par intuition et comme en raccourci. Sur cette rive du Pacifique vient finir le bouddhisme qui commence à Ceylan, dans l'île merveilleuse où les paisibles statues du maître surgissent avec leur éternel sourire à l'ombre des hautes palmes, parmi les jardins de cannelle et de grandes fleurs équatoriales.

Mais je ne sais pourquoi, devant ce culte chinois, comme devant ce théâtre, ces danses, on n'éprouve qu'un étonnement des yeux. Cela n'est que saugrenu, déroutant, comme

Digitized by Google

les scènes qui nous amusent sur un éventail de Chine. Cela ne nous parle pas, cela ne nous fait rien deviner. — Chant pur d'une voix musulmane qui se lève dans une mosquée blanche, qui se prolonge impassible et fatal, comme sortant de la nuit du temps, ne faisant que passer par l'individu périssable, ou bien sourd bourdonnement d'un peuple nu qui se presse devant un dieu monstrueux de l'Inde, l'un ou l'autre nous y arrive chargé d'émotion ; nous croyons y entendre je ne sais quoi de grave, de fier et de résigné ou quelle palpitation confuse de vertige, de folie exaltée et de détresse héréditaire. Dans l'un comme dans l'autre, nous croyons démêler quelque chose de durable comme la race, comme le type qui persiste à travers les générations. Et dans l'éclair de ces illuminations brèves, dans ce jour subit et trouble, pendant un instant, nous apercevons les abîmes qui séparent les races, l'innombrable et antique humanité que tant d'idées ont ordonnée différemment sur la planète. Peut-être, entre ces Chinois et nous, la distance est-elle trop grande ; nous ne pouvons plus la mesurer. Plus probablement et plus simplement encore, il n'y a point d'âme sous ce culte, nul courant sourd d'émotion, et c'est pour cela qu'il n'évoque point le rêve, qu'on n'y devine pas un sens obscur.

*
* *

Sans comprendre, on regarde ce dieu, ce poussah doré, ce bouddha dont la sérénité s'est évanouie dans une grimace de croquemitaine ; on a presque envie d'aller irrespectueusement tirer sa barbe grotesque, les minces queues de cheval qui lui tombent du menton et des lèvres. Le divin n'habite pas ici. Ce gong qui vibre dans le silence, ces trois fumées qui montent en lignes droites, l'échine anguleuse de cet homme ployé devant l'idole, ces gestes mécaniques, ces potiches cornues, là-bas ces bonzes aux mains de femmes, ces cinq prêtres maigres, nets, précis, immobiles, l'air sage, sans passion, sans pensée — tout cela semble un songe bizarre, un songe qui s'épaissit encore lorsqu'on retrouve les ruelles fétides de la ville chinoise, et dont on sort soudain pour respirer en plein jour, à l'air libre, dans les voies larges où circulent les tramways réels, où se presse le peuple jeune de l'Ouest américain, orgueilleux de sa force active et courant à ses affaires. »

André CHEVRILLON.

Digitized by Google

Psychologie des habitants du Sud Oranais

Dans le même ordre d'idées un autre auteur, M. Hugues le Roux, dont on connaît le talent d'observation, et qui a habité pendant quelque temps au milieu des populations africaines du Sud Oranais, nous a transmis ses impressions de voyage : concernant l'état mental du milieu indigène qu'il a traversé. (1).

Cet article comparé à celui que nous venons de citer sur les populations asiatiques, nous fait toucher du doigt, le degré d'infériorité extrême de toutes ces populations et l'état insane dont leur intellect travaille : il nous fait en même temps constater la place énorme que prennent dans leur esprit les conceptions religieuses, et l'éloignement instinctif qui les domine pour tout ce qui touche à notre civilisation, à nos progrès scientifiques, et je dirai même à la race blanche, pour laquelle ils ont une aversion profonde.

Il y a deux mots, dit l'auteur, qui ont pénétré dans l'Extrême-Sud et que j'ai entendus vingt fois sur les lèvres de nos Chambâa, c'est *paper* et *fafer*, le bateau à vapeur et le chemin de fer. On prononçait ces deux paroles avec des mines recueillies très défiantes. Ces gens-là n'ont aucune idée des emplois de la vapeur mais, ils le sentaient bien, « paper » et « fafer » étaient des formules de sorcellerie, les mots de passe diabolique de la civilisation. Et le bon Brahim, homme dévot, qui jamais n'étendait son tapis pour dormir une heure, au revers d'une dune sans crier vers les quatre points cardinaux :

— Que le Malin s'éloigne !

Brahim regardait en dessous ces Français qui, au lieu de chasser le Diable, ont imaginé de le mettre dans une boîte et de le réduire au travail.

D'ailleurs, on chercherait vainement à donner aux gens du Sud une idée un peu exacte de ces formidables engins. Leurs cerveaux, si déliés pour les combinaisons de la politique et pour les controverses religieuses, ne sont pas prêts à recevoir des notions scientifiques, même élémentaires. Touareg ou Chambâa ils opposent à l'inconnu l'infranchissable muraille de leur savoir immobile. Un chef Chambâa à qui nous avions longuement expliqué le rôle des chemins de fer, dans l'échange commercial, nous répondit :

(I) *Le Journal* — 8 juin 1894.

Digitized by Google

— Comment les méhara et les djemel (les chameaux de selle et de bât), vont-ils gagner leur vie ?

Un autre à qui l'on montrait des steamers évoluant dans la rade d'Alger, déclara :

— Je vois que vous avez pris vos précautions pour vous sauver très vite quand les croyants vous chasseront.

C'est tout l'effet que produit sur ces primitifs le spectacle de la civilisation.

J'ai retrouvé au Sud de la province d'Oran, dans des tentes, des chefs que l'on avait fait venir à Paris, pendant l'Exposition de 1889, pour leur donner une haute idée de la puissance française. Impossible de leur arracher un mot ; et ils ne jouaient pas l'indifférence : ils avaient sereinement oublié.— Sûrement, au retour, leurs souvenirs étaient un peu plus nets. Ils avaient commencé de raconter dans les coins la merveille des illuminations et des fontaines lumineuses. Mais les marabouts avaient vite mis un terme à ces révélations corruptrices. Ils avaient expliqué aux voyageurs que tout cela n'était qu'apparences, fantômes, « diableries », pièges tendus par le Malin pour tenter les enfants d'Allah. Ils leur avaient commandé de ne parler de tout cela à personne et d'oublier vite.— Trois ans plus tard, le sable et le silence avaient remonté dans ces cerveaux, un instant éveillés. Ils avaient effacé toutes les traces.

HUGUES LE ROUX.



Digitized by Google

L'ÉPILEPSIE TARDIVE (EPILEPSIA TARDA)

Par le Prof. MENDEL.

Dans « *Deutsche medicinische Wochenschrift* », *1893*.

Sous le nom d'épilepsie tardive, il faut comprendre avec *Delanef* cette forme de la maladie dans laquelle les accès font apparition non dans le jeune âge, mais après 30 ans. Ces cas sont encore relativement rares, et ce fait trouve sa confirmation dans les statistiques très autorisées entreprises par l'auteur et le Dr *Keller*. Les voici :

Age	Hommes	Femmes	Total
De 1 à 5 ans..........	55	57	112
6 10	90	51	141
11 15	132	74	206
16 20	92	72	164
21 25	48	37	85
26 30	34	10	44
31 35	38	17	55
36 40	28	11	44
41 45	14	6	20
46 50	11	4	15
51 55	6	2	8
56 60	6	1	7
61 65	1	2	3
66 70	—	—	—
Total.	555	344	904

De ce tableau il résulte tout d'abord que le nombre d'épileptiques *hommes* est supérieur à celui de *femmes*. Ceci est aussi vrai pour l'épilepsie ordinaire que pour l'épilepsie tardive. Il faut noter que tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ne sont pas d'accord sur ce point. *Bennet*, par exemple, partage la manière de voir du Prof. *Mendel*, ou plutôt ce dernier croit commeM. *Bennet*. *Féré* soutient le contraire. En examinant encore le tableau on remarque que le nombre d'épileptiques chez les deux sexes s'accroît jusqu'à l'âge de 15 ans, où il atteint son maximum. Mais à partir de 15 ans la maladie devient de plus en plus rare. Voilà pourquoi, si l'on veut prendre la moyenne, l'âge de 30-35 ans est celui où la maladie en se manifestant pour

Digitized by Google

la première fois, méritera la dénomination de tardive. L'âge le plus avancé où l'auteur a pu constater les premiers accès d'épilepsie est de 60 ans chez l'homme (un seul cas) et de 62-63 ans, chez la femme (deux cas).

Y a-t-il maintenant une différence au point de vue étiologique entre la forme ordinaire de la maladie et sa forme tardive ?

D'après *Techeverria* et *Reynolds*, la valeur étiologique de l'hérédité serait plus que problématique. *Nothnagel* se range de leur côté et dit que si un jeune homme, tout en ayant la tare héréditaire, n'a pas eu de crises d'épilepsie jusqu'à 20 ans, il est à présumer qu'il n'aura jamais d'épilepsie. Pour *Féré* et *Delanet*, l'hérédité joue au contraire, un grand rôle dans l'évolution de l'épilepsie tardive. Les observations de l'auteur confirment cette dernière opinion. Parmi celles-ci il s'en trouve en effet qui sont assez concluantes. Ainsi une femme de 41 ans commença à avoir les crises d'épilepsie sans cause apparente, or sa mère était morte d'une affection mentale. Une autre femme, dont le frère et le fils étaient épileptiques, devint sujette aux mêmes crises à 52 ans. Une troisième femme commença à souffrir de cette maladie à 63 ans; son père avait été aliéné et son frère épileptique et ainsi de suite. Mais il n'y a pas que l'hérédité qu'il faille incriminer dans l'évolution tardive de l'épilepsie. D'après l'auteur, la commotion morale, la frayeur peuvent engendrer la maladie sans qu'un antécédent quelconque eût pu être relevé à la charge du malade. Un machiniste de 41 ans, sans antécédent héréditaire, à la suite d'une fausse manœuvre de son train, a failli faire dérailler celui qui allait à sa rencontre. L'émotion éprouvée a été tellement violente, qu'un quart d'heure après, il eut sa première crise. Depuis lors il devint épileptique.

L'auteur examine ensuite le rôle de la grossesse et des couches dans la production de la maladie tardive. En ce qui concerne la ménopause, sa fâcheuse influence a été confirmée par *Féré* et *Elliot*. Chose bizarre, parfois c'est la ménopause qui au contraire amène la disparition des crises.

Comme marche de la maladie, l'épilepsie tardive se comporte, à peu de choses près, de la même façon que l'épilepsie ordinaire. On observe donc, pendant les intervalles de crises, l'affaiblissement de la mémoire, de l'intelligence, une humeur inégale, bref, la maladie présente cet état que nous appelons en France « caractère épileptique ».

Il est à remarquer que dans un certain nombre de cas, quoi qu'en dise le Prof. *Mendel*, la maladie fait son apparition non

Digitized by Google

comme « deus ex machina », mais ayant été précédée par toute une série de troubles digestifs rebelles et qui ont duré des années et des années. On rencontre même des cas où l'on a pu retrouver dans les antécédents personnels du malade les accès de l'angine de poitrine liée ou non aux lésions organiques du cœur (1).

L'épilepsie tardive, comme nous l'avons dit, entraîne comme l'épilepsie ordinaire différents troubles psychiques qu'il faut se garder de confondre avec différentes formes d'aliénation mentale.

D'après *Romberg*, il résulte de nombreuses observations, que la sphère intellectuelle est atteinte dans un moindre degré dans l'épilepsie ayant débuté dans le jeune âge.

La thérapeutique de la forme tardive se confond avec celle de l'épilepsie précoce. Par conséquent, il faut faire emploi des bromures, de la belladone,de l'atropine,tout en surveillant le régime des malades. Rappelons que depuis quelque temps le traitement de *Flechsig* a paru donner de bons résultats dans les deux formes d'épilepsie (2).

J. G. N.

(1) Epilepsie in Gefolge von Herzkrankheiten, von Dr Rosin, voir dans Centralblatt für Nervenheilkunde, 1894, 11. *Note du Réd.*

(2) *Zur Behandlung der Epilepsie*, von Dr Stein. Berlin. *Note du Réd.*



Digitized by Google

RÉUNION ANNUELLE

DE LA SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

TENUE A PARIS LE 16 JUILLET 1894

Vomissements incoercibles chez une hystérique durant depuis dix mois ; guérison par la suggestion hypnotique.

M. DUMONTPALLIER. J'ai donné des soins, dans le courant de l'année, à une jeune fille de quatorze ans, manifestement hystérique, ayant eu autrefois des attaques de nerfs et sujette, au niveau des membres inférieurs, à des contractures qui s'accusent surtout par un double pied bot varus équin. Cette jeune fille a été soumise sans succès à divers traitements, et deux saisons à une station thermale d'eaux bicarbonatées sodiques n'ont pu amener de modifications importantes dans son état nerveux. Depuis dix mois elle vomit tous ses repas, sauf le premier déjeuner. En outre, elle a cessé d'avoir ses règles depuis plusieurs mois.

Cette jeune fille a maigri, mais l'amaigrissement n'est pas en rapport avec la continuité et l'abondance des vomissements. Le sommeil est souvent agité : elle appelle sa mère en dormant et demande à boire.

Dès le premier jour j'obtiens facilement, par simple suggestion cérébrale, l'hypnose avec amnésie au réveil, et pendant le sommeil provoqué j'affirme à la malade qu'elle ne vomira plus après ses repas et qu'elle n'aura plus de crises nerveuses ni de contractures. Le réveil est facile par simple suggestion cérébrale. Dès la première séance les vomissements ont été moins abondants, et après la troisième séance d'hypnotisation ils ont complètement cessé.

Je recommandai à la malade de venir me voir seulement tous les deux jours, puis deux fois par semaine. J'ajoutai, pendant l'hypnose, que s'il y avait la moindre tendance au retour des vomissements il suffirait à la malade de s'endormir une ou deux minutes après chaque repas pour faire cesser toute menace de vomissements.

Le traitement avait été commencé le 29 mars. Le 22 avril je n'avais pas revu la malade et j'avais lieu de croire qu'elle était bien guérie, du moins de ses vomissements. Il en était bien ainsi, mais le 23 avril on me ramenait cette jeune fille parce qu'elle ne pouvait plus marcher : elle était affectée de

Digitized by Google

contractures des deux membres inférieurs avec douleurs vives dans les genoux. J'appris alors que, le 20 avril, elle avait passé toute l'après-midi dans les salles du musée de Cluny et que pour rentrer chez elle, n'ayant trouvé de place que sur la plateforme d'un tramway, elle était restée debout pendant tout le trajet. Le lendemain, au réveil, elle avait ressenti une douleur très vive dans les deux genoux et dans la journée ses membres inférieurs s'étaient contracturés.

Cette contracture n'était pas très forte, puisque la malade voulut sortir à pied le jour suivant ; mais, surprise par l'arrivée d'une voiture, elle faillit être écrasée parce qu'elle ne put marcher assez vite pour l'éviter. La frayeur augmenta le degré de contracture et le lendemain on m'amenait de nouveau la jeune fille. C'était le 23 avril ; les vomissements ne s'étaient pas reproduits. La suggestion hypnotique réussit à diminuer la douleur des genoux et la contracture des membres.

Le lendemain les règles ont apparu sur l'injonction que j'en avais faite à la malade pendant le sommeil hypnotique et les contractures ont presque complètement cessé. Le 25 avril, il n'y a plus que de l'hésitation dans la marche, les vomissements n'ont pas reparu et j'affirme maintenant qu'elle sera bientôt guérie complètement.

Un mois après, je revois la malade ; les règles sont revenues le 22 mai, il n'y a plus de vomissements, ni de contractures, ni de paralysie.

Certes, je ne saurais considérer cette malade comme étant complètement guérie : elle est hystérique et de nouvelles manifestations hystériques pourront survenir ; mais il n'en reste pas moins acquis que la suggestion hypnotique a triomphé rapidement de vomissements incoercibles qu'aucun traitement antérieur n'avait pu arrêter. De plus l'état général a été aussi très favorablement modifié, ainsi qu'en témoigne le retour régulier de la fonction menstruelle.

Attaques et vertiges hystéro-épileptiques guéris par l'hypnotisme obtenu à l'aide du miroir rotatif.

M. A. Voisin. — J'ai eu récemment l'occasion d'observer une jeune fille, âgée de vingt ans, qui fut amenée à ma consultation pour des attaques convulsives très fréquentes survenues il y a un an et ayant résisté à tous les traitements suivis jusqu'ici.

Il y a deux ans cette jeune fille a été prise d'une gastralgie très douloureuse surtout après l'ingestion des aliments même

les plus faciles à digérer, tels que le lait, le bouillon. Cet état gastrique s'est montré rebelle aux divers agents thérapeutiques employés pour le combattre, notamment l'hydrothérapie, puis il a disparu, il y a un an, pour être remplacé par un état plus grave.

En effet, à cette époque, cette jeune fille a commencé à présenter des attaques convulsives caractérisées par des frissons, des tremblements généralisés, de l'agitation, des convulsions cloniques, des mouvements désordonnés et se terminant par une chute à terre avec perte de connaissance.

Ces attaques sont toujours diurnes, elles durent de quatre à cinq heures. Elles se reproduisent plusieurs fois par jour; depuis un mois il est survenu, outre les attaques, des vertiges constitués par de la perte de connaissance, de la fixité du regard, des hallucinations de la vue et de la stupeur.

La malade n'a pas cessé d'être traitée depuis un an par les antispasmodiques, les calmants et l'hydrothérapie médicale biqu otidienne.

L'idée m'est alors venue de traiter cette jeune fille sans le secours de la suggestion, mais par la seule influence d'un corps brillant. Sans prévenir la malade de ce que je vais faire, je la fais asseoir le dos vers la fenêtre, j'installe devant elle, sur une table, un miroir rotateur que je mets en mouvement sans prononcer un seul mot. Au bout de cinquante secondes, je constate le clignotement des paupières, leur demi-occlusion, le laisser aller de la tête en arrière, l'occlusion définitive des paupières et le sommeil. Je m'assure aussitôt de l'insensibilité de la peau aux piqûres profondes d'une épingle, je suggère à la malade qu'elle se réveillera quand je toucherai son oreille gauche et, en même temps, qu'elle sera calme pendant ce sommeil, qu'elle reviendra me trouver le lendemain avec sa mère, que jusqu'à son retour elle n'aura ni attaques de nerfs, ni éblouissements. Je ne la laisse dormir que cinq minutes et je la réveille comme je le lui ai dit. Après son réveil je ne lui dis rien de ce que j'ai fait et je recommande à sa mère de ne pas lui en souffler mot.

Le lendemain cette jeune fille me fut ramenée sans avoir eu d'attaques ni de vertiges. Le même procédé a été employé avec le même succès en trente secondes. Même suggestion que la veille. Le surlendemain le sommeil est obtenu de la même façon en quinze secondes. J'ajoutai sur la demande de sa mère des suggestions concernant le caractère et la difficulté de la faire lever le matin avant onze heures. A la cinquième

Digitized by Google

séance le sommeil était obtenu en dix secondes, les attaques et les vertiges ne se sont pas reproduits et la jeune fille se lève maintenant à neuf heures. Son caractère s'est aussi amélioré : elle n'a plus de colères.

En résumé, le miroir rotateur seul, sans la moindre suggestion, m'a permis d'hypnotiser cette jeune fille et la suggestion hypnotique a produit en quelques séances un résultat absolument curatif qu'un traitement prolongé par les antispasmodiques et l'hydrothérapie n'avait pu amener pendant une période d'un an.

Fréquence de l'onychophagie et des habitudes automatiques chez les dégénérés.

M. Bérillon. — Une enquête poursuivie dans les écoles des deux sexes est venue confirmer une opinion que j'avais déjà exprimée (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 350), à savoir que l'onychophagie et les habitudes du même ordre sont généralement liées à la dégénérescence. La fréquence de l'onychophagie est très variable selon le milieu. Dans certaines écoles, on ne trouve que deux ou trois enfants sur dix, adonnés à l'habitude de se ronger les ongles ; dans la plupart des écoles de la ville de Paris, la proportion des onychophages est souvent très considérable et s'élève à plus du tiers des enfants observés. Un examen minutieux révèle presque toujours l'existence de stigmates de la dégénérescence. Ces enfants sont habituellement plus chétifs que les autres ; ils présentent des déformations crâniennes, des anomalies des dents, des oreilles.

Les instituteurs notent chez ces sujets une antipathie assez marquée pour les exercices physiques et pour les jeux nécessitant des efforts soutenus. Ils écrivent mal, présentent une infériorité notable au point de vue de la dextérité manuelle. Leur application au travail est peu soutenue, leur caractère est indocile. En un mot, la comparaison avec les autres enfants du même âge dénote toujours une infériorité quelconque.

Tous les instituteurs sont d'accord pour reconnaître que les moyens pédagogiques habituellement usités sont impuissants à amener la guérison. Dans la majorité des cas, celle-ci ne peut être obtenue que par l'emploi de la suggestion faite dans l'état hypnotique. La suggestion à l'état de veille ne donne que des résultats isolés.

L'habitude de se ronger les ongles persiste parfois jusqu'à

Digitized by Google

l'âge le plus avancé. Il nous a été donné de traiter avec succès un vieillard de soixante-douze ans et une dame de cinquante-six ans qui, depuis leur enfance, n'avaient jamais cessé de se ronger les ongles.

Opérations chirurgicales faites pendant le sommeil hypnotique.

M. Schmeltz (de Nice) relate les observations de deux malades qu'il a opérées pendant le sommeil hypnotique.

Le premier fait concerne une jeune fille de vingt ans qui était atteinte d'un sarcome du sein droit. L'ablation complète de la glande fut pratiquée au moyen de l'instrument tranchant pendant le sommeil hypnotique sans que la malade ressentît aucune douleur.

Le seconde malade, également une jeune fille, était atteinte d'un ectropion de la paupière inférieure. Une fois plongée dans le sommeil hypnotique on lui suggéra de ne ressentir aucune douleur et de tenir son œil immobile pendant l'opération. L'anesthésie fut conplète et l'œil resta largement ouvert sans l'aide des doigts ni du blépharostat.

L'orateur ajoute que pour réussir, il est de la plus haute importance de ne jamais prévenir les malades du jour où ils doivent être opérés, sous peine de ne pouvoir parvenir à les endormir ce jour-là, la peur étant parfaitement suffisante pour paralyser le meilleur sujet et mettre un obstacle absolu au sommeil magnétique.

D'après lui, l'insensibilité magnétique est bien supérieure à celle que l'on obtient au moyen des autres agents anesthésiques, car ces derniers causent quelquefois la mort, ce qui n'a jamais eu lieu avec l'hypnotisme. En outre, le chloroforme et l'éther ne peuvent pas être administrés pendant un temps trop long, tandis que l'anesthésie hypnotique n'a pas de limite : elle dure aussi longtemps que le veut l'opérateur. Au réveil, qui se produit instantanément, le sujet affirme qu'il n'est pas fatigué.

Quant au procédé d'hypnose préconisé par M. Schmeltz, il consiste dans la prise du regard combinée avec les passes descendantes. Cette méthode naturelle force le sujet à laisser tomber instinctivement les paupières dans un espace de temps variant de quelques secondes à quelques minutes.

Si le sommeil tarde trop à venir, on peut avoir recours à l'occlusion directe des paupières en même temps qu'à une légère compression des globes oculaires. L'occlusion des pau-

Digitized by Google

pières une fois obtenue, l'anesthésie est réalisée dans la grande majorité des cas.

Le tatouage chez les aliénés.

M. Daguilhon. — Le nombre d'aliénés (hommes) que nous avons pu examiner à l'asile de Ville-Evrard, du 1er août au 1er novembre 1891, a été de 501 : sur ce nombre, nous avons observé 62 individus tatoués, soit une proportion de 1 tatoué sur 8 sujets examinés. M. Marandon de Montyel, à l'asile de Marseille, avait trouvé 1 tatoué sur 4, proportion double, mais facile à comprendre, étant donné le milieu spécial où se recrutent les malades de l'asile de Marseille (matelots, etc.). Quoi qu'il en soit, il nous paraît certain, contrairement à l'opinion de Paoli et de Severi, que les tatouages sont plus communs chez les aliénés que chez les individus sains.

En ce qui concerne la moralité des sujets tatoués, les auteurs italiens que je viens de citer admettent que les aliénés tatoués sont des aliénés criminels. Notre statistique tendrait à infirmer, du moins pour Paris, cette conclusion : sur nos 62 tatoués, 43 n'ont subi aucune condamnation, 5 ont été condamnés soit au correctionnel soit aux assises, 4 ont subi des peines militaires.

Les renseignements manquent dans 10 cas (fait qui s'explique suffisamment par l'état de démence de certains de nos malades).

C'est donc un ensemble de 9 condamnés sur 62 tatoués, proportion bien faible comme on voit.

Y a-t-il un rapport entre le délire de l'aliéné et le dessin tatoué ? Nos observations vont nous permettre de répondre, mais auparavant, rappelons qu'on peut distinguer trois sortes de tatouages : 1° les tatouages professionnels : 2° les tatouages allégoriques ; 3° les tatouages sans signification précise.

Sur les 62 individus tatoués de Ville-Evrard, 49 avaient des tatouages allégoriques et nous avons constaté, en examinant ces malades au point de vue mental, en comparant leur délire avec le dessin tatoué, que dans 16 cas il paraissait y avoir un rapport entre ce dessin et ce délire.

De la concordance entre les phénomènes de l'hypnose et les principes de la philosophie.

M. Julliot fait une communication dans laquelle il démontre que l'idée étant déjà un commencement de mouvement il faut, avant toute autre chose, pour endormir un sujet, lui im-

Digitized by Google

poser l'idée du sommeil. Si son cerveau, pour une raison quelconque, ne peut recevoir cette idée et se laisser dominer par elle, le sommeil ne se produira pas, quel que soit le procédé d'hypnose auquel on ait recours. En d'autres termes, le sommeil hypnotique n'est jamais, comme quelques auteurs l'ont soutenu, le résultat de la fatigue de l'esprit ou des globes oculaires fixés sur un objet brillant : il est toujours intimement lié à une série de suggestions directes ou indirectes ayant toutes pour but d'imposer au cerveau l'idée de dormir.

M. A. Voisin. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Julliot, quand il dit que l'hypnose ne peut réussir que chez les sujets qui se laissent imposer l'idée du sommeil. La difficulté que nous éprouvons journellement à endormir les aliénés tient précisément à ce que l'attention de ces malades ne peut être suffisamment fixée, absorbés qu'ils sont par leurs conceptions délirantes ou par leurs hallucinations. Aussi chez cette catégorie de malades est-il nécessaire, pour produire l'hypnose, d'avoir recours à des subterfuges destinés à les soustraire momentanément à leurs préoccupations habituelles et à renforcer l'action de nos procédés hypnotiques ordinaires. A ce point de vue, le chloroforme me rend les plus grands services. Les sujets les plus rebelles à l'hypnose, les maniaques furieux par exemple, peuvent être facilement endormis au moyen de la suggestion complétée par quelques inhalations de chloroforme. Les décharges électriques peuvent rendre les mêmes services : en détournant momentanément les malades de leurs préoccupations habituelles, on les rend accessibles à l'hypnose et, une fois ce premier résultat obtenu, on réussit le plus souvent à les débarrasser complètement de leurs idées délirantes ; aussi ne puis-je m'empêcher de déclarer encore une fois que la suggestion hypnotique est actuellement le mode de traitement qui donne les plus beaux résultats dans la cure des vésanies.

M. Bérillon. — Je ne crois pas, contrairement à l'avis exprimé par M. Julliot, que le sommeil hypnotique soit toujours le résultat d'une suggestion. Il n'est pas rare de voir des sujets accessibles à l'hypnose être réfractaires à toute espèce de suggestion. Un individu récemment arrêté en est un exemple frappant ; il s'agit d'un jeune homme, d'un esprit très cultivé, que j'ai vainement essayé, pendant quinze séances successives, de mettre en état d'hypnose ; il n'est doué d'aucune émotivité ; c'est un véritable roc. Or, ce même individu n'est pas

Digitized by Google

réfractaire à la fixation d'un miroir brillant. Il est donc inaccessible à la suggestion, mais non à la fatigue.

M. Dumontpallier.— Je crois que la question de fatigue est ici tout à fait secondaire. Ce qui empêche chez certains sujets la suggestion de réussir, c'est qu'elle se heurte à une suggestion contraire : c'est pour cela qu'on ne peut jamais endormir un sujet qui est décidé d'avance à ne pas dormir. On se trouve alors en présence d'une auto-suggestion qui contrarie votre propre suggestion et l'empêche de s'implanter dans le cerveau. Je veux bien admettre avec Braid que la fatigue peut devenir l'auxiliaire de la suggestion et la renforcer, mais son rôle n'est qu'accessoire, tandis que celui de la suggestion est prépondérant. Ce serait du reste une erreur de croire que l'action de la suggestion est limitée aux phénomènes hypnotiques ; elle s'étend à tous les actes vitaux d'ordre physiologique, pathologique ou thérapeutique.

M. Regnault communique le résultat de ses recherches sur le rôle considérable joué par l'hypnotisme et l'hystérie dans les religions de tous les peuples.

La séance est levée. — Dr Deny.

(*Semaine médicale*, juillet 1894.)

CHRONIQUE DE L'HYPNOTISME

Le traitement de la constipation par la suggestion

Par J. G. Natanson,
Interne à la maison de santé d'Ivry.

La constipation est un état pathologique tellement fréquent, il y a d'autre part tant de causes qui peuvent lui donner naissance et tant de troubles qu'elle peut engendrer que depuis longtemps nombre de praticiens ont cherché à remédier efficacement à ce mal.

Devenant chronique et presque permanente la constipation constitue une réelle maladie et crée la dyspepsie, le météorisme, les coliques, voir même la typhlite. Mais là ne s'arrêtent pas les désordres.

Parmi différents troubles consécutifs, il faut signaler en particulier ceux du système nerveux. Sans parler des migraines,des céphalalgies intenses qui sont presque de règle, cet état des voies

Digitized by Google

intestinales qu'est la constipation, exerce une action fâcheuse, par l'intermédiaire du grand sympathique, sur le cerveau et ses fonctions.

Ainsi, la plupart de maladies mentales, et surtout la mé ancolie, doivent, dans une certaine mesure, leur évolution aux troubles intestinaux. En outre, l'accumulation de matières amène la production des microbes pathogènes et de leur élaboration les toxines dont l'absorption par la muqueuse intestinale donne lieu aux différents symptômes d'intoxication, tant locaux que généraux : la fièvre, l'éruption cutanée, la furonculose et surtout cette haleine fétide (à cause des gaz et des fermentations) qu'on remarque très fréquemment dans les maisons d'aliénés où elle accompagne la constipation surtout chez les mélancoliques (1).

Après ce rapide aperçu, il est juste de dire un mot sur le traitement ordinaire de la constipation, avant d'aborder celui recommandé par l'hypnothérapie.

Le traitement ordinaire se résume aux différents purgatifs, aux lavements, au massage, à l'hydrothérapie et à l'électricité. Tous ces remèdes sont plus ou moins efficaces, mais ils ont tous le même désavantage de ne pas amener des selles régulières et constantes sans qu'on ait constamment recours à eux. Cette réflexion s'applique en particulier à la constipation, conséquence de la parésie intestinale. Il va sans dire que d'autre part l'emploi constant de purgatifs amène à la longue une irritation dangereuse des voies digestives et intestinales. Reste alors le traitement hypnothérapique.

Ce traitement appliqué à la constipation compte déjà pas mal d'observations et de faits dans la littérature hypnothérapique, en particulier, ceux de M. Luys (2) et de M. Forel (de Zurich) (3).

Car, si la constipation se présente à titre d'épiphénomène dans quelques maladies organiques et générales, ne s'observe-t-elle pas très souvent en revanche comme une véritable névrose, alors qu'elle constitue la parésie intestinale !

Et d'ailleurs, pourquoi n'en serait-il pas ainsi, du moment que les voies intestinales sont influencées d'une façon toute particulière par la frayeur, l'attente anxieuse, etc., en donnant lieu à la diarrhée qu'on pourrait appeler « diarrhée nerveuse » et qui présente à coup sûr une autre forme d'impression nerveuse.

Que le traitement hypnothérapique est appelé à rendre de signalés services dans ces cas, c'est incontestable et l'on peut en

(1) Traitement de la folie, par J. Luys. Page 190, 191.
(2) Voir les *Annales* pour les années précédentes.
(3) Die Heilung der Stuhlverstopfung, von professor Forel, 1894.

Digitized by Google

juger d'après l'observation suivante, dont nous empruntons un passage à M. Luys (1) :

« Une jeune femme atteinte depuis 4 jours de métro-péritonite
« grave avec constipation (2) opiniâtre, de vomissements incoer-
« cibles, était entrée dans mon service. C'était un *ancien sujet*
« servant à mes expériences. Connaissant le terrain sur lequel
« j'allais opérer, j'eus l'audace, je l'avoue, de la mettre en état
« hypnotique et je lui donnai les suggestions suivantes : Il est
« onze heures et demie : à midi tu ne vomiras plus, tu vas garder
« tes aliments ; à quatre heures, tu vas commencer à aller à la
« selle, etc. J'appris le lendemain à la visite, avec satisfaction, que
« mes prescriptions ont été exécutées. »

On peut rapporter de ces faits l'observation que nous avons publiée dans ce journal d'une jeune fille hystérique qui souffrait par moments d'une constipation rebelle à tout traitement. Cette jeune fille allait à la selle la séance aussitôt finie (3).

Avant de procéder à la suggestion hypnotique, l'on peut essayer la suggestion à l'état de veille, ou la suggestion à la 1re phase des Américains. Si elle ne réussit pas à vaincre la constipation, du moins elle a l'avantage de faire implanter dans le cerveau du malade l'idée que le nouveau traitement le guérira, et ceci créera chez lui un état psychique, pour ainsi dire, préparatoire et apte à accepter sans résistance les injonctions du médecin. Ceci constituerait peut être une certaine modification du transfert dû à l'ingénieuse initiative de M. Luys et dont l'application a donné un résultat particulièrement éclatant dans un cas publié l'an dernier dans la *Gazette des Hôpitaux* (4).

Maintenant, pour la suggestion hypnotique.

Le malade étant endormi, on commence par toucher son ventre. Ce contact amène chez le malade la représentation intense d'un acte particulier qui se passe à ce moment dans la région abdominale. On ordonne ensuite au malade à plusieurs reprises en lui parlant successivement à l'oreille droite et à l'oreille gauche, pendant la phase de léthargie et celle du somnambulisme, d'aller à la selle, d'éprouver le *désir* d'aller à la selle la séance aussitôt finie, ou bien en fixant l'heure qui plaira à l'opérateur. Les expériences variées à la Charité nous ont prouvé que le sujet, quoique

(1) Traitement de la Folie, page 238 et les suivantes.

(2) Cette observation est particulièrement concluante, étant donné l'origine de la constipation et la gravité des symptômes qui l'accompagnaient. J. N.

(3) Voir pour plus de détails les *Annales*, 1893, N.

(4) Voir d'autre part les *Annales*, 1893, 12. Crises de rétention d'urine guéries par le transfert, par J. Luys.

Digitized by Google

endormi, a inconsciemment la notion du temps. En effet, l'heure fixée par l'opérateur étant arrivée, le malade éprouve immédiatement le besoin d'aller à la selle.

Souvent, la première défécation se produit difficilement après la 1re séance, car les matières accumulées et durcies, ayant déjà séjourné plusieurs jours dans les voies intestinales, ne se laissent pas tout de suite chasser par les mouvements péristaltiques, même combinés à ceux du diaphragme et des muscles abdominaux.

Quelques séances sont alors nécessaires. Mais, la débâcle une fois produite, le reste devient facile.

L'activité considérable de la péristaltique aidée de sécrétions abondantes de la muqueuse écarte la possibilité même de l'accumulation nouvelle des matières.

Le traitement de la constipation par la suggestion est donc un grand succès que l'hypnothérapie actuelle peut enregistrer avec un légitime orgueil.

VARIA

Folie subite consécutive à la terreur.

La Chambre des appels de police correctionnelle était saisie samedi d'une affaire assez curieuse au point de vue psychologique. Il s'agit d'un cas de « folie subite », de cette folie foudroyante qui semblait n'exister que dans l'imagination des romanciers (1).

Les faits même du procès sont sans grand intérêt. Deux nourrisseurs de Bois-Colombes, nommés Roux et Picon, avaient une discussion de mauvais voisinage avec un plombier, nommé Maurice ; les trois hommes, après s'être longtemps injuriés et menacés, finirent par en venir aux mains ; Picon et Roux tombèrent sur Maurice, qui fut renversé et terrassé ; ses agresseurs lui passèrent un foulard autour du cou, en disant qu'ils allaient « lui faire son affaire ».

A ces paroles, Mme Maurice, qui assistait à la rixe, poussa un grand cri et tomba sans connaissance. Quand on l'eut rappelée à la vie, elle était folle. On dut la transporter dans un asile.

La pauvre femme, dont l'esprit avait toujours été parfaitement sain, paraît très gravement atteinte. Elle est en proie à des ter-

(1) *Gazette des tribunaux*, 6 février 1882. Legrand du Saulle.

reurs intenses, à des hallucinations durant lesquelles elle se croit entourée d'assassins. Sans cesse elle appelle à son secours son mari et ses enfants, et un jour, se levant sous l'empire de cette excitation cérébrale, elle a pris un foulard, elle s'est couchée sur le sol, et elle s'est enroulé le foulard autour du cou, reproduisant ainsi sur sa personne la tentative dont son mari avait été victime, et qui l'avait si malheureusement frappée.

Les agresseurs de ce dernier, Picon et Roux, ont été poursuivis pour coups et blessures. Ils ont été condamnés à trois mois de prison et 3,000 francs d'amende, malgré une habile plaidoirie de Mᵉ Lenté.

Mais l'audience est devenue surtout intéressante par la déposition du docteur Legrand du Saulle, le célèbre aliéniste, qui a examiné l'état mental de Mme Maurice, et qui rappelle que ces cas de *folie subite* ne sont point absolument aussi rares qu'on le pourrait croire.

Le docteur cite plusieurs précédents :

En général, dit-il, les délires subits n'existent que dans les romans et au théâtre ; ils sont très rares et ne sont produits que par une catastrophe absolument épouvantable.

Jusqu'en 1870, je n'en avais observé qu'un cas chez une jeune femme qui était allée voir guilottiner Tropmann, et qui avait été glacée d'effroi par l'exécution.

Le lendemain, à l'infirmerie spéciale, près le Dépôt de la Préfecture, elle était folle et littéralement terrorisée.

Pendant le siège de Paris, notamment à l'époque du bombardement, trois femmes de Montrouge perdirent subitement la raison.

Pendant la Commune, et au moment de l'entrée à Paris des troupes de Versailles, il m'a été donné également d'observer un certain nombre de cas pareils.

Le délire porte toujours le cachet, en quelque sorte, de l'événement qui l'a produit. Les hallucinations qui l'accompagnent ne sont même, fréquemment, qu'une reproduction des épisodes du sinistre qui a soudainement bouleversé la raison.

Résultats des récentes recherches sur les causes de la folie.

Par C. Atwood.

(*American Journal of insanity*, Janv. 1892, p. 331.)

Sur 507 admissions à l'Asile d'Utica, on rencontre 35 % l'hérédité de psychoses, et 75 %, si l'on y joint l'hérédité nerveuse simple : l'hérédité sur 181 malades venait 67 fois de la mère, 42 fois du père, 15 fois des deux, 47 fois de parents plus ou moins

Digitized by Google

éloignés. Dans 48 % des cas, la folie éclate de 30 à 40 ans. L'instruction mal dirigée, le travail manuel excessif sont de puissantes causes qui font toujours progresser le nombre des aliénés. L'alcool cause l'aliénation chez 13 % des entrants et sur 3 % des femmes admises. Aussi, pour diminuer le nombre des aliénés, faut-il trouver pour eux un milieu favorable, une éducation d'endurcissement physique et moral, combattre vigoureusement les moindres névroses, et enfin empêcher le mariage des sujets prédisposés par l'hérédité.

Notes pour servir à l'histoire de la folie et de ses complications (1).

Par L. Déricq.

(*Annales de la Policlinique de Paris,* août 1893, n° 8, p. 253.)

Notes statistiques portant sur 202 malades, entrés à l'asile en 1892. Sur 116 cas, l'hérédité nerveuse a été trouvée 87 fois, l'hérédité alcoolique 12 fois, l'hérédité congestive 17 fois. Dans les héréditaires vésaniques, on constate 15 fois l'hérédité convergente, 39 fois l'hérédité unilatérale, 33 fois l'hérédité collatérale. Le pourcentage des rapports de la paralysie générale et de la syphilis ne monte qu'à 6 %.

Le suicide en France pendant l'année 1890 (2).

(*Rap. sur l'admin. de la justice, Journal officiel,* du 29 oct. 1893.)

Le suicide est toujours en progression. Sa proportion pour 100.000 habitants, de 19 au cours de la période 1881-85, est de 21 au cours de la période 1886-90. En 1890, le nombre des suicides officiellement constatés a été de 8.410.88 % ont été accomplis par des hommes et 22 par des femmes. Sur 100 suicidés, 1 a moins de 16 ans, 4 ont de 16 à 21 ans, 5 de 21 à 25 ans, 7 de 25 à 30, 14 de 30 à 40, 17 de 40 à 50, 20 de 50 à 60, 32 plus de 60 ans. Le rapport relève le nombre croissant des enfants de moins de 16 ans qui mettent fin à leurs jours : de 62 en 1886, il est monté à 80 en 1890. Le maximum des suicides s'observe parmi les mariés (45 %), le minimum parmi les veufs (18 %). Sur 100 suicides, relativement au domicile, 53 ont eu lieu dans des communes rurales et 47 dans des communes urbaines ; relativement aux professions, 32 appartiennent à l'agriculture, 27 à l'indus-

(1) *Gaz. hebdomadaire*, 4 novembre 1893
(2) *Internationale Revue*, X° 1894.

Digitized by Google

trie, 12 au commerce, 5 à la domesticité, 13 aux professions libérales (avec les fonctionnaires et les rentiers), 11 à la catégorie des gens sans aveu. D'après la répartition saisonnière, il y a prédominance des suicides au printemps et dans l'été. Les modes de perpétration sont ainsi notés: submersion 25 %, pendaison 44, arme à feu 12, asphyxie par le charbon 9, instruments tranchants ou aigus 4, poison 2, précipitation 3, autres 2. Quant aux causes présumées, elles ne varient guère. Sur 100 suicides, 17 se rapportent à la misère et aux revers de fortune, 15 à des chagrins de famille, 4 à l'amour, à la jalousie ou à la débauche, 12 à l'ivresse accidentelle ou à l'alcoolisme, 3 au désir de se soustraire à des poursuites judiciaires, 21 à des souffrances physiques, 3 à des peines diverses, 25 à des maladies cérébrales.

A. Corre (de Brest).

Les prénoms. De leur utilité dans l'examen anamnestique des aliénés.

Par E. Laurent.

(*Revue de l'hypnotisme*, février 1892, p. 242.)

Quand un individu porte des prénoms prétentieux, baroques, pour lesquels on ne peut invoquer une origine rationnelle, on peut presque sûrement en inférer que ses parents étaient des détraqués ou au moins des esprits faibles. De son enquête dans un petit village de Champagne, l'auteur rapporte que les parents des enfants appelés Danton ou Gambetta, étaient les parties bêtes du suffrage universel ; une fille appelée Lætitia-Cymadocée avait pour père un buveur et pour mère une débile alcoolique ; un garçon nommé Virgile-Amour a un père niais, imbécile et prétentieux et une mère imbécile qui,elle-même,a une sœur dont le fils s'appelle Nestor-Ovide-Onésiphore.

H. Bidon (de Marseille).

Applications variées de la suggestion chez une hystéro-épileptique (1),

Par Bourdon.

(*Revue de l'hypnotisme*, juin 1892, p. 358-360.)

Chez cette malade, l'auteur a pu retarder de 8 jours un accouchement commencé ; il a guéri une constipation opiniâtre et une

(1) *Revue Internationale*, 10 octobre 1892.

Digitized by Google

paralysie du bras consécutive à une phlébite, et, ce qu'il y a de plus remarquable, l'éventration a tout à fait disparu.

Quelques suggestions.

Par Forel.

(*Revue de l'hypnotisme*, juin 1892, p. 353-357.)

La suggestion ne peut lutter à la longue contre l'ensemble des forces cérébrales héréditaires et tenaces qui constituent ce qu'on appelle le caractère. Mais elle peut lutter contre les particularités déjà contre-balancées par des penchants presque aussi puissants : cette dernière disposition étant le propre des personnes à volonté faible, et existant encore un peu dans les cerveaux moyens, la suggestion pourra réussir à modifier beaucoup d'habitudes. Du reste, il n'y a pas que la suggestion hypnotique : les suggestions du milieu, pour être conscientes, n'en sont pas moins efficaces. Comme suggestion hypnotique, Forel a employé la suivante. Il prend pour infirmières, dans les dortoirs d'aliénées agitées, des femmes hypnotisables et suggestibles, et il leur ordonne de dormir très bien toute la nuit, malgré les cris *habituels* des folles, mais de se réveiller dès qu'il se passera quelque chose d'anormal. Il a pu faire continuer pendant plus de 6 mois cette *veille dormante* à la même infirmière, sans qu'elle en fût fatiguée et sans qu'elle manquât une fois d'intervenir au moment opportun.

MÉDECINE LÉGALE

—

Attentat à la pudeur par un alcoolique sur ses enfants. (Masbrenier : *Ann. d'hyg. publiq. et de médec. légale mars* 1892.) — Il s'agit d'un sujet de 59 ans, adonné à des habitudes d'alcoolisme invétéré, présentant dès l'adolescence des accidents nerveux, et paraissant avoir de plus des antécédents héréditaires ; arrêté pour attentats à la pudeur, répétés sur ses 2 filles mineures, non seulement il ne manifeste aucun remords, mais même il semble trouver tout à fait naturels les actes d'immoralité qui lui sont reprochés et en raconte les détails comme s'il s'agissait de la chose la plus simple du monde. L'expert conclut qu'il s'agit du dégénéré chez lequel

Digitized by Google

l'alcoolisme est venu accroître encore l'affaiblissement intellectuel et la déchéance cérébrale. A. Fallot (de Marseille).

(*Revue Internationale*, 10 janvier 1893.)

De l'auto-suggestion en médecine légale,

Par M. le Dr Burot, professeur à l'Ecole de médecine de Rochefort (1).

Beaucoup d'esprits s'inquiètent du danger social de l'hypnotisme ; on va même jusqu'à oublier que chaque médaille a son revers ; on ne veut voir que les inconvénients, sans considérer les avantages. Il faut bien dire que le côté médico-légal n'est pas encore suffisamment exploré ; malgré l'autorité des auteurs qui ont émis leur avis sur l'hypnotisme au point de vue médico-légal, la question n'est pas encore tranchée. Pour certains auteurs, toute personne mise en état de somnambulisme devient, entre les mains de l'expérimentateur, un véritable automate, tant sous le rapport moral que sous le rapport physique. Pour d'autres, l'idée suggérée n'a rien de spécial ni de particulier ; rien ne différencie cette pensée des autres pensées qui assaillent son esprit à chaque instant, rien ne vient l'avertir de l'origine étrangère de cette idée. M. le Dr Brulard, inspiré par le professeur Bernheim, ajoute quelques remarques de la plus haute portée : « Peut-être cette pensée suggérée est-elle plus forte que les autres; mais enfin, en présence d'une idée, d'un acte à exécuter, le sujet se trouve dans les mêmes conditions morales qu'en présence des autres pensées journalières, et, si l'idée est en contradiction trop évidente avec ses principes, avec ses habitudes, il reste libre de l'exécuter ou de passer outre ; seule l'idée est suggérée, mais la réalisation de cette idée dépend tout entière de la volonté du sujet. Si celui-ci est habituellement d'une volonté faible, ne résistant pas à ses propres impulsions, il est clair qu'il ne résistera pas davantage aux impulsions d'autrui ; mais si, au contraire, c'est un individu à volonté forte, habitué à se dominer et à n'agir qu'avec le contrôle sévère de sa raison, il examinera l'idée suggérée, il la jugera au même titre que les autres, et ne l'exécutera que s'il le juge convenable. »

On le voit, l'hypnotisé, en présence d'une idée suggérée, peut être encore en possession de tous ses moyens d'action, de contrôle du raisonnement.

(1) Congrès de Toulouse, pour l'avancement des sciences, septembre 1887.

Digitized by Google

Il est beaucoup de conditions qui empêchent la réalisation d'un acte suggéré. Le somnambule n'est pas toujours une machine, un automate. Si, pendant le sommeil hypnotique, la volonté est réduite au minimum, il peut arriver cependant que l'hypnotisé raisonne, qu'il refuse d'obéir, qu'il a encore une volonté, une initiative personnelle, une résistance que, malgré tous les moyens employés, on ne peut arriver à vaincre.

On peut supposer le cas où le somnambule n'a pu se soustraire à l'impulsion que lui a donnée l'hypnotiseur; il a été poussé par lui comme par une force irrésistible, par la fatalité. Et alors, comme la défense aura été faite de se souvenir et des circonstances du crime et du nom même du complice, la justice peut se trouver en face du problème le plus inextricable qu'on puisse imaginer. Si le médecin légiste suppose que l'accusé est un somnambule susceptible d'avoir subi une suggestion, il l'endort et lui demande les détails du fait, mais la défense faite de se souvenir empêche toute révélation. Le sujet endormi est assailli par la pensée qu'il ne doit pas se souvenir, et on échoue le plus souvent.

Il résulte d'expériences nombreuses que j'ai entreprises depuis plusieurs mois, qu'il existe un moyen de découvrir le secret. Si, au lieu d'endormir le sujet et de lui demander ce qui s'est passé, on lui apprend à s'endormir lui-même dans le but de retrouver tous ses souvenirs, il arrive que la mémoire s'ouvre et que le patient parle parce qu'il se rappelle.

Voici une expérience, entre plusieurs autres, qui va donner une notion de ce qui se passe.

Le sieur Auch..., ouvrier à l'arsenal, a été endormi plusieurs fois dans le but de guérir d'une névralgie faciale qui avait résisté à toutes les médications. Pour provoquer le sommeil, j'appliquai la main droite sur le front et je fais la suggestion du dormir. La névralgie céda rapidement. Toutefois, de temps à autre, des douleurs survenaient et le sujet habitué à être soulagé instantanément par le sommeil, était impatient de me voir arriver. Pour parer à cet inconvénient, j'eus l'idée, comme je l'avais déjà fait dans un autre cas, de lui apprendre à s'endormir lui-même ; je lui fis le commandement suivant : « Quand vous souffrirez, vous vous endormirez vous-même pour vous soulager. Vous appliquerez la main sur le front avec l'idée de dormir. Dès que vous serez endormi, votre main se détachera du front et tombera naturellement le long du corps. Vous dormirez le temps que vous aurez fixé à l'avance et vous serez soulagé. »

En effet, le sommeil fut facilement provoqué et le malade se soulageait lui-même.

Digitized by Google

Je pensai à utiliser l'auto-suggestion en médecine légale, et les résultats obtenus dépassèrent mes prévisions.

Le même sujet endormi, on lui suggéra la pensée de commettre un vol, ce qu'il fit ponctuellement. La défense ayant été faite de se rappeler quoi que ce soit, l'oubli au réveil fut complet et, même l'ayant endormi pour lui arracher un aveu, on ne put rien en obtenir.

Je fis alors l'expérience suivante ; je lui dis : « Endormez-vous vous-même pour vous rappeler toutes les circonstances du vol qui vous est reproché. »

Auch... s'endort en appliquant sa main droite sur son front ; au bout de quelques instants, sa main se détache et retombe naturellement. Le sujet dort profondément ; le sommeil dure deux minutes, comme il l'avait décidé lui-même avant de s'endormir; il se réveille spontanément et nous dit :

« Un monsieur qui m'a dit s'appeler Durand m'a ordonné de prendre cette montre sur le bureau, de la mettre dans ma poche; il a ajouté que personne ne me verrait et m'a défendu de me rappeler ce que j'aurai fait. »

Le sujet donne le signalement exact de ce M. Durand qu'il ne connaissait pas ; il rétablit la scène telle qu'elle s'était passée, sans rien omettre.

Il reconnaît celui qui lui avait donné l'ordre d'agir, parmi un certain nombre de personnes, et il affirme sans la moindre hésitation et avec une grande assurance que tout ce qu'il dit est bien la vérité. Il sait qu'on lui a défendu de parler, mais il parle parce qu'il se rappelle.

Des expériences identiques ont été faites sur plusieurs sujets en présence des témoins compétents, en prenant toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur, et toujours les résultats ont été identiques.

La conclusion qui semble se dégager, c'est que l'auto-suggestion permet au sujet de se rappeler toutes les circonstances d'un crime, malgré la défense qui lui a été donnée de se rappeler. L'auto-suggestion réveille les souvenirs effacés et est un correctif au danger de l'hypnotisme.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

ÉTAT ANATOMIQUE DU CERVEAU D'UN SUJET

ayant succombé pendant le coït

(*Procédés de conservation de diverses pièces anatomiques*),

Par M. J. LUYS (1).

La tranche horizontale du cerveau que je présente à la Société appartient à un jeune officier de vingt-sept ans, qui succomba comme foudroyé pendant le coït dans les bras de sa maîtresse, au sortir d'un déjeuner copieux après avoir accompli l'éjaculation.

M. le Dr Gavoy, médecin militaire alors à l'hôpital de Versailles, il y a environ huit ans, et qui fut chargé de faire l'autopsie légale du corps de cet officier, me transmit une tranche horizontale du cerveau faite à l'état frais, et qu'il avait montée entre deux lames de verre dans une solution épaisse de gélatine.

Il y a deux choses à examiner sur cette pièce :

1° L'état anatomique du cerveau.

2° L'action conservatrice de la substance employée, la gélatine.

On voit sur cette pièce un véritable piqueté vasculaire réparti par petits îlots dans différents départements de la

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie juillet 1894.

Digitized by Google

substance blanche, principalement, au niveau du genou du corps calleux, et au pourtour des fibres de la couronne rayonnante de Reil et de la capsule interne. Les vaisseaux capillaires paraissent gorgés de sang, et ils donnent volontiers l'apparence de petites hémorrhagies, mais, à un examen attentif, que j'ai eu l'occasion de faire sur ces vaisseaux à l'état frais, je constatai qu'il n'y avait pas à proprement parler rupture de leurs parois avec hémorrhagie, mais que l'extravasation du sang s'était faite dans les gaines périvasculaires sans les avoir rompues. La substance cérébrale au pourtour n'était pas dilacérée ni ramollie ; sous l'influence d'un filet d'eau, on faisait disparaître l'extravasation du sang, et la substance cérébrale péri-vasculaire n'était pas entamée.

On retrouva les mêmes lésions dans tous les autres départements de l'encéphale. Dans le cervelet, la protubérance, la région bulbaire, la moelle cervicale, le même pointillé vasculaire se montrait avec les mêmes caractères. Il semble que le système vasculaire cérébro-spinal tout entier, dans ses extrémités terminales, était le siège d'une pression intense qui ait déterminé ces extravasions hématiques occupant principalement la substance blanche et constituant ainsi les apparences de l'apoplexie capillaire multiple.

Cet état anatomique spécial des centres nerveux ayant coïncidé avec une mort foudroyante pourrait peut-être devenir un signe pathognomonique utilisable au point de vue du diagnostic des causes de la mort subite dans le domaine de la médecine légale.

Au point de vue de l'hygiène, cette observation démontre encore d'une façon péremptoire les dangers cérébraux auxquels l'homme en particulier s'expose quand il pratique le coït après le repas, et surtout après un repas copieux.

Cette observation est éminemment suggestive et je n'insiste pas davantage, au point de vue de la vie pratique.

2° Cette pièce date d'environ sept à huit ans. Elle est déposée dans ma collection, au musée Dupuytren. Elle est, comme on le voit, montée entre deux lames de verre et elle baigne dans un milieu de gélatine actuellement solidifiée

Digitized by Google

et formant ainsi une masse qui l'isole parfaitement. On a luté solidement avec de la cire les bords des deux lames de verre, et l'on voit ainsi que les résultats sont satisfaisants et d'une exécution facile. — Je ferai remarquer en même temps que le cerveau, lui-même, est à l'état naturel et qu'il n'a pas subi d'immersion dans un liquide conservateur.

2° La seconde pièce anatomique que je présente est une section transversale de la protubérance d'un sujet adulte, conservée dans la glycérine simple entre deux lames de verre et datant depuis bientôt trente-cinq ans. — C'est un témoin de mes premières études que je faisais alors sur le système nerveux.

La surface de la pièce présente encore nettement dessinées les fibres blanches entre-croisées sur le raphé. On distingue encore nettement, comme sur une pièce à l'état frais, les différents tons de la substance grise et de la substance blanche. Pour la maintenir à cet état je n'ai eu qu'à renouveler de temps en temps la glycérine par capillarité, à mesure que les évaporations se produisaient.

3° La troisième pièce remonte à la même époque, c'est-à-dire à trente-cinq ans. — C'est une coupe verticale de la couche optique qui démontre très nettement les différents noyaux qui le constituent et que j'ai décrits et systématisés, ainsi que le corps rouge de Stilling. Cette pièce a été d'abord durcie dans l'acide chromique, puis décolorée à l'aide des réactifs spéciaux que j'ai indiqué et elle est actuellement montée dans du baume de Canada.

On y voit très nettement les limites des noyaux intra-thalamiques, mais encore certains réseaux capillaires avec leur contenu hématique qui se distribuent dans différentes régions grises de la couche optique. — Cette pièce me paraît donc devoir se conserver pendant un temps très long, et l'on peut juger ainsi de la valeur du procédé de conservation.



Digitized by Google

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894

Séance du 6 *août* 1894.

Des rapports de l'hystérie et de la folie.

M. Ballet (de Paris), *rapporteur*. — Avant d'étudier les rapports de l'hystérie et de la folie, il convient de bien déterminer ce que l'on doit entendre par ces deux termes. Le mot *folie* ne doit pas être considéré ici simplement comme synonyme de délire, il faut lui donner une acception plus large ; avec Foville, je désigne par le terme de folie l'état de toutes les personnes qui ne jouissent pas de l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, morales et affectives.

Quant à l'*hystérie*, tous les auteurs tendent aujourd'hui à admettre qu'elle est une *maladie mentale* : c'est un fait avéré que les troubles qui la constituent sont d'ordre psychique et ont pour point de départ certaines représentations mentales trop faciles ou trop actives. Il y a plus. Les idées qui président à la genèse des manifestations de l'hystérie restent en dehors du champ de la conscience, d'où cette conséquence que chez l'hystérique deux personnalités sont toujours en présence : l'une, constituée par les agrégats de phénomènes subconscients ; l'autre, la personnalité consciente qui recevra le contre-coup de ce qui se passe chez la première. Cette désagrégation du moi qui met en présence deux activités différentes, l'une consciente, l'autre automatique, nous donne la clef de la plupart des accidents mentaux de l'hystérie. Qu'on ait affaire à un spasme, à une idée fixe, à l'attaque ou au délire, tous ces troubles paraissent résulter non d'une simple représentation mentale telle qu'on en observe dans la vie psychique normale, mais d'idées, souvenirs ou images qui, à l'insu du malade, surgissent du fond de l'inconscient.

Ce n'est pas tout : ces souvenirs et ces images, négligés par la conscience, peuvent se grouper et s'organiser de façon à constituer par leur ensemble des agrégats psychologiques nouveaux qui entrent en lutte avec la personnalité consciente et, dans certains cas, la terrassent et l'annihilent momentané-

Digitized by Google

ment. Ainsi sont constitués les états de condition seconde ou de somnambulisme.

Les notions qui précèdent résument l'état actuel de nos connaissances sur la nature de l'hystérie : elles tendent à nous la faire envisager comme une désagrégation des éléments de l'esprit avec *rétrécisssement du champ de la conscience* et conservation des phénomènes subconscients et automatiques.

C'est à la lumière de ces notions cliniques ou psychologiques qu'il devient possible de démêler dans l'ensemble des troubles mentaux complexes qu'on a à tort ou à raison rattachés à l'hystérie, ceux qui relèvent véritablement de cette névrose ou ressortissent à d'autres maladies psychiques.

C'est qu'en effet tous les troubles psychiques qu'on observe chez les hystériques ne dépendent pas de l'hystérie. C'est chose commune, par exemple, d'observer l'association de l'hystérie avec la dégénérescence. Cette association n'est pas purement fortuite, les troubles hystériques et dégénératifs ont non seulement une origine commune, l'hérédité, mais ils sont encore régis par des altérations presque identiques du mécanisme mental. Nosographiquement, la dégénérescence et l'hystérie n'en restent pas moins deux états voisins, et par suite souvent associés, mais cependant très distincts l'un de l'autre. C'est pour n'avoir pas tenu compte de cette distinction qu'on a indûment attribué aux hystériques des modifications du caractère, des craintes, des obsessions, des impulsions et des perversions instinctives et morales qui sont en réalité l'apanage des dégénérés.

Ce qui appartient en propre aux hystériques, ce qui caractérise leur état mental, c'est dans l'ordre intellectuel l'amnésie et l'aboulie, avec les erreurs, les indécisions, les impuissances que ces troubles entraînent, c'est la difficulté de concentrer volontairement l'attention ; par suite, c'est la mobilité et souvent la contradiction dans les idées. Dans l'ordre affectif et moral, c'est un sentiment habituel d'impuissance mentale qui porte souvent à la tristesse, c'est une suggestibilité très grande, une émotivité plutôt diminuée avec prépondérance cependant de certaines émotions automatiques.

Ces préliminaires posés, j'aborde la question des délires qui peuvent se montrer dans l'hystérie. Tout le monde sait que les attaques hystériques sont souvent accompagnées de troubles délirants. Les troubles qui sont bien connus ne sauraient donner lieu à des divergences d'interprétation, au moins quant à leur nature : ils relèvent essentiellement et exclusivement

Digitized by Google

de l'hystérie. Je n'y insiste pas, je rappelle seulement qu'ils se montrent surtout à la phase prodromique et à la troisième période de la grande attaque et qu'ils en constituent la quatrième et dernière période, dénommée pour cette raison *période de délire*. Comment faut-il interpréter le délire de l'attaque d'hystérie ? Les notions les plus récentes permettent de l'envisager comme un rêve passager subordonné à une idée fixe. Lorsque ce rêve a lieu, au moment où l'attaque se produit, il absorbe à son profit toute l'activité cérébrale et supprime la conscience.

Parmi les autres troubles mentaux qui ressortissent encore en propre à l'hystérie, je dois signaler les *idées fixes* qui pénètrent dans le champ de la conscience par suggestion ou spontanément et les délires qui en résultent, et enfin les *états* et les *délires somnambuliques*. Tous ces troubles mentaux résultent d'une sorte de conflit effectif ou latent qui a constamment lieu chez l'hystérique entre les phénomènes conscients et les subconscients. Ces derniers, dans l'attaque comme dans le somnambulisme, se substituent complètement aux premiers, mais au cours de l'attaque les idées tournent dans un cercle étroit et s'organisent en une sorte de rêve, tandis que dans le somnambulisme au moins parfait l'activité mentale est assez compliquée pour rappeler l'activité consciente.

Les troubles mentaux que je viens de passer en revue sont les seuls qui relèvent directement de l'hystérie ; les autres variétés de folie, qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les hystériques, n'ont pas de relation au moins directe avec la névrose. On a bien décrit une *manie* et une *mélancolie hystériques*; toutefois, ces dénominations ne nous paraissent guère justifiées. Il n'est pas douteux que dans certains cas le délire hystérique puisse revêtir une physionomie qui le rapproche de la manie ou de la mélancolie, mais ces cas sont difficiles à classer. On a voulu les rattacher à la dégénérescence mentale, c'est aller un peu vite. On a prétendu que le terrain hystérique imprimait à la manie et à la mélancolie des caractères spéciaux, mais jusqu'à présent il n'y a là rien de précis.

Les notions plus exactes que nous possédons aujourd'hui sur la nature et la psychologie pathologique de l'hystérie permettront sans doute de mettre, dans un avenir rapproché, quelque ordre en ce chapitre où l'on semble encore avoir confondu ce qui relève directement de l'hystérie et ce qui lui est étranger.

Des considérations analogues sont applicables à certains

Digitized by Google

états de *confusion mentale* : lorsque ces états s'encadrent entre des manifestations hystériques, on est porté à les considérer comme une simple exagération de l'insuffisance de la synthèse mentale et de l'aprosexie qui se voient couramment dans l'hystérie. Mais c'est encore un point sur lequel il est difficile de se prononcer.

M. Joffroy. — La distribution tardive du rapport sur les relations de l'hystérie et de la folie ne m'a qu'à peine laissé le temps de le parcourir et je n'ai pu donner à l'étude de cette question la réflexion qui serait nécessaire pour aborder comme il conviendrait ce problème difficile. Ce sera l'excuse du peu de développement que je donne aux observations que je vais faire.

La question que nous avons à discuter aurait tout aussi bien pu se poser en d'autres termes et s'intituler, par exemple : *Des rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale*, et notre rapporteur, dans son remarquable travail, semble, du reste, s'être placé sur ce terrain.

C'est qu'en effet il est très fréquent d'observer l'association de l'hystérie et des nombreuses formes de la dégénérescence mentale, comme l'ont plus spécialement démontré MM. Ballet, Marquezy, Tabaraud et Roubinowitch. Et, de ces travaux, on peut conclure que l'hystérie se développe habituellement sur un terrain dégénéré. Mais ce n'est là qu'une partie de la question et il y a lieu de se demander si l'hystérie elle-même n'est pas une des modalités de la dégénérescence.

Tout d'abord, il est bien certain que les limites de l'hystérie sont difficiles à préciser et les états qui lui confinent sont précisément des manifestations variées de la dégénérescence : tantôt ce sont des perversions des instincts, de la dépravation des goûts, de l'excentricité, des monomanies, etc. Mais la coexistence de ces accidents de dégénérescence et de l'hystérie ne constitue pas une preuve que l'hystérie soit elle-même de la dégénérescence, et l'on ne peut trouver dans cette association qu'une présomption en faveur de la nature dégénérative de l'hystérie.

Un motif d'une plus grande valeur se trouve dans ce fait, mis à bon droit en relief par le rapporteur, que les syndromes de dégénérescence et l'hystérie ont tous pour facteur étiologique principal la prédisposition héréditaire. Et de la communauté d'origine on est presque logiquement porté à conclure à la communauté de nature.

Dans son rapport, très documenté, M. Ballet fait, du reste,

Digitized by Google

et à juste titre, remarquer que les troubles hystériques et dégénératifs ne sont pas seulement reliés par une communauté d'origine, l'hérédité, mais que « l'on peut se défendre de penser que les deux ordres de phénomènes sont régis par des altérations du mécanisme mental très analogues sinon identiques les unes aux autres ». Cette altération du mécanisme mental, bien mis en lumière par Charcot, par M. Pierre Janet et qui a été clairement exposée par le rapporteur, consiste essentiellement dans la pénétration des idées subconscientes dans le champ de la conscience qui se trouve envahi, annihilé et comme effacé. Mais cette altération du mécanisme mental n'est pas spéciale à l'hystérie, et on l'observe également dans nombre de troubles mentaux, que nous n'hésitons pas à rapporter à la dégénérescence mentale, par exemple dans les impulsions.

De sorte que : *a*) l'hystérie et les manifestations indiscutables de la dégénérescence mentale se rencontrent fréquemment chez le même malade ;

b) L'hystérie et la dégénérescence mentale ont le même facteur étiologique principal : l'hérédité ;

c) L'hystérie et les principales manifestations de la dégénérescence mentale sont régies par des altérations identiques du mécanisme mental.

Ne sont-ce pas là des motifs suffisants pour regarder tous ces phénomènes comme étant de même nature et conclure que l'hystérie est une des nombreuses modalités de la dégénérescence mentale ?

C'est pour ne pas avoir compris cette vérité que les auteurs ne sont pas tombés d'accord sur le caractère des hystériques : les uns voulant que les hystériques soient menteuses, fourbes, perverses, érotomanes, etc., et les autres protestant contre ce tableau trop chargé et voulant réhabiliter l'hystérique. La vérité est qu'en dégénérescence il y a des degrés et que pour être hystérique on n'a pas fatalement des instincts pervers, des goûts dépravés, des idées bizarres et des impulsions aux actes délictueux, mais dans nombre de cas cela existe et les descriptions faites par Tardieu, Falret, Schule, Axenfeld et Huchard, Legrand du Saulle, etc., etc., ne sont alors que l'expression de la vérité.

On peut bien dire que ce n'est pas là de l'hystérie, mais ces malformations de caractères existent là au même titre que l'hystérie, et sont comme elle des tares de dégénérescence.

Digitized by Google

En résumé, je pense que :

1° L'hystérie est l'une des formes de dégénérescence mentale ;

2° Sur ses confins l'hystérie se confond avec certaines manifestations dégénératives, sans qu'il soit conforme aux faits de placer entre elles une limite précise ;

3° Il y a lieu en clinique de conserver à l'hystérie son individualité et de la distinguer autant que possible des autres modalités de la dégénérescence ;

4° Pour cela il convient de n'accorder la dénomination d'hystériques qu'aux accidents qui se rattachent ou dérivent directement de l'attaque d'hystérie complète ou fruste ou d'une autre manifestation indubitablement hystérique, telle que le somnambulisme spontané.

M. Pitres (de Bordeaux). — J'ai observé récemment une malade qui a présenté sa première crise d'hystérie à la suite d'un accident de voiture qui faillit coûter la vie à son enfant. A partir de cette époque cette femme fut sujette à des attaques au cours desquelles elle voyait son enfant mort, couvert de sang. Ce fait prouve donc une fois de plus, ainsi que l'a dit M. Ballet, que les délires de l'attaque hystérique ne sont que la reviviscence d'une émotion antérieure. A l'état de veille, au contraire, aussi bien que dans l'état hypnotique, cette femme pouvait raconter l'accident qui lui avait causé une si vive impression, sans angoisse ni terreur.

Pour guérir cette malade je lui suggérai à l'état hypnotique de se souvenir, lorsqu'elle sentirait venir sa crise, que son enfant n'était pas mort, qu'il ne courait aucun danger, etc. Cette suggestion réussit à merveille, et à partir de cette époque les crises et les phénomènes hallucinatoires qui les accompagnaient disparurent.

Cette malade conservait cependant un certain nombre d'accidents de nature hystérique, mais indépendants de ses crises, tels que céphalée, palpitations, arthralgies, etc., etc., dont j'essayai de la débarrasser par la suggestion impérative simple. J'échouai complètement ; modifiant alors ma manière de procéder, je parvins à la guérir en lui suggérant des rêves. De ceux-ci elle ne gardait aucun souvenir au réveil, d'où je conclus, ce qui vient encore à l'appui des idées défendues par M. Ballet, que les phénomènes subconscients sont capables de retentir sur la conscience et d'imprimer à l'organisme une série de modifications physiologiques ou pathologiques du plus haut intérêt.

Digitized by Google

M. Régis (de Bordeaux). — Contrairement à ce qu'a soutenu M. Ballet, la perversité morale qui s'observe fréquemment chez les hystériques n'est pas niable ; je pourrais en fournir de nombreux exemples : la question est de savoir si cette perversité relève de l'hystérie ou de la dégénérescence mentale ? Pour le rapporteur, elle est l'apanage de la dégénérescence ; je crois au contraire qu'elle appartient en propre à l'hystérie : le terrain hystérique imprime toujours, selon moi, aux actes pervers un cachet spécial qui permet à un observateur expérimenté de les distinguer facilement des actes pervers accomplis par des vicieux ou de simples dégénérés.

En revanche, je suis complètement d'accord avec M. Ballet sur le rôle qu'il convient d'accorder au rêve dans la production des troubles mentaux des hystériques. Mais je vais plus loin que lui et je dis qu'il n'y a là rien de spécial à l'hystérie. Sans parler du délire alcoolique que Lasègue avait assimilé à un rêve, je soutiens que tous les délires toxiques ou infectieux présentent avec les états de rêve la plus grande analogie ; ce qui le prouve, c'est que par une interpellation énergique on suspend pour un instant ces délires, on rejette pour quelques minutes ces insensés dans le domaine de la raison ; or, rien de pareil n'a lieu avec les véritables vésaniques. On peut les interpeller avec la plus grande énergie, sans pour cela leur rendre la moindre lueur de leur raison. Ce rapprochement clinique, que j'établis sans pouvoir y insister, entre les délires, infectieux ou toxiques et les troubles délirants de l'hystérie, nous conduit naturellement à admettre leur communauté d'origine ; d'où cette conclusion, déjà mise en lumière par quelques auteurs, à savoir que tous les phénomènes hystériques sont le résultat d'une auto-intoxication.

M. Falret (de Paris). — Je ne discuterai pas la question de savoir si l'hystérie est distincte de la dégénérescence mentale, comme le veut M. Ballet, ou si elle n'en est qu'une modalité, comme le soutient M. Joffroy, pour la raison que je repousse complètement la théorie de la dégénérescence. Je me contenterai d'aborder un seul point un peu laissé dans l'ombre par M. Ballet, je veux parler de la *manie hystérique*. Le rapporteur semble mettre en doute l'existence de cette variété de folie ; je ne partage pas sa manière de voir et je crois, au contraire, qu'il est en général assez facile de distinguer un maniaque hystérique d'avec un maniaque simple. Dans la manie hystérique il y a une semi-lucidité qui n'existe jamais dans la manie simple ; en outre, le délire des actes et les perversions sen-

Digitized by Google

sorielles sont beaucoup plus prononcés dans cette première forme mentale que dans la seconde.

M. Vallon (de Villejuif). — L'existence de la manie hystérique était admise autrefois par Lasègue ; pour la différencier de la manie commune, cet auteur disait que le langage d'une maniaque hystérique était beaucoup moins télégrammatique, beaucoup moins haché que celui d'une maniaque simple. Mes propres observations m'ont prouvé la justesse de cette remarque ; je suis donc disposé à soutenir avec M. Falret qu'il existe une manie hystérique reconnaissable à des caractères particuliers.

M. Charpentier (de Paris). — Je repousse absolument la conception psychologique de l'hystérie, telle que nous l'a exposée M. Ballet. Dire que l'hystérie est une désagrégation des éléments de l'esprit, un rétrécissement du champ de la conscience, ce n'est pas introduire dans la science une idée nouvelle, c'est revenir aux anciennes doctrines de l'animisme et du vitalisme. Je me rallierai beaucoup plus volontiers à la théorie de M. Féré, qui considère l'hystérie comme un résultat de l'épuisement nerveux.

Je ne discuterai pas davantage la question des rapports de l'hystérie avec la dégénérescence mentale, car, comme vient de le faire remarquer M. Falret, les expressions de *dégénérescence mentale* ou de *prédisposition héréditaire*, dont on a tant abusé dans ces derniers temps, en les détournant de leur véritable sens, ne servent d'une façon générale qu'à masquer notre ignorance et ne jettent aucune lumière sur les faits qu'elles veulent expliquer.

Les médecins aliénistes doivent rester cantonnés sur le terrain de la clinique et de l'anatomo-pathologie et tenir en égale méfiance les prétendues théories explicatives des adeptes de la dégénérescence aussi bien que celles des psychologues.

M. Ballet. — Je réponds à MM. Falret et Charpentier que j'appelle *dégénérés* les individus qui, quelle qu'en soit la cause, se montrent dès leur première enfance différents des autres par la faiblesse, l'instabilité et la déséquilibration de leurs facultés. Je dis que dans l'état actuel de nos connaissances cette notion de la dégénérescence, malgré ce qu'elle peut avoir de trop compréhensif, nous est indispensable parce qu'elle nous sert de lien pour classer des maladies qui ne diffèrent les unes des autres qu'en apparence.

Ce point écarté, je ferai remarquer à M. Joffroy que je soutiens, comme lui, l'étroite parenté de la dégénérescence et de

Digitized by Google

l'hystérie, mais je ne puis admettre que l'hystérie soit une modalité de la dégénérescence : c'est là pour moi, du reste, nne question de nomenclature et non pas une question de doctrine. Je maintiens, enfin, que la perversité qu'on constate chez quelques hystériques est le fait de la dégénérescence qui coexiste souvent chez eux avec la névrose. La folie morale, en tout cas, et j'espère n'être contredit par personne, est bien une manifestation de la dégénérescence et non de l'hystérie.

La séance est levée.

D[r] Deny,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

(*A suivre.*)

LA MUSIQUE ET LA FACULTÉ MUSICALE
DANS LA DÉMENCE

Par Richard Legge, D. M.

Médecin-adjoint, officier médical attaché à l'Asile du comté de Derby (1).

La musique, et les facultés musicales, en connexion avec la folie, est un sujet intéressant à plusieurs points de vue, et qui, sous quelques rapports, offre à l'observation un champ qui a été peu exploré jusqu'à présent. Je me propose de réunir dans cet article quelques-uns des faits que j'ai observés et de les accompagner de quelques commentaires.

Ce terme, « faculté musicale », comprend plusieurs classifications : 1° La capacité de reconnaître les sons d'un diapason défini, et la relation directe de ces sons entre eux. « Avoir une oreille musicale. » 2° Être susceptible d'émotions sous l'influence de la musique, ce qui indique un goût naturel et cultivé pour cet art. 3° Habileté dans l'exécution de la musique vocale et instrumentale. 4° Faculté de composer de la musique originale.

La première de ces facultés est strictement analogue au sens de la couleur. Le sens de la couleur est défectueux chez une proportion considérable de personnes bien portantes, mais ne manque probablement jamais d'une façon absolue. De même, l'oreille musicale aussi, n'est chez beaucoup que légèrement développée, quoiqu'elle semble toujours exister à

(1) *Journal de la Science mentale*, publié par l'autorité de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne.

Digitized by Google

un degré qui permette, au moins à ceux qui en sont pourvus, de faire une distinction entre les sons d'un très haut ou d'un très bas degré de l'échelle musicale. Au-dessus de cela il y a différents degrés de capacité.

Une personne qui n'a pas d'oreille, peut dire probablement, laquelle, sur deux notes qui lui sont jouées, est du degré le plus élevé. Mais il aura peu ou point d'idée de l'intervalle qui existe entre elles. Quelques-uns dont la capacité musicale est plus développée et qui peuvent siffler ou chanter des mélodies sans trop détonner, ne peuvent distinguer la différence de progression qui existe entre l'intervalle d'un ton, ou celui d'un demi-ton, ou entre une tierce majeure et une tierce mineure quand elles lui sont jouées sur un instrument quelconque; tandis que d'autres peuvent clairement distinguer l'intervalle d'un ton de celui d'un demi-ton. C à D et D à E de l'échelle d'acier. Il n'est pas facile de déterminer exactement la finesse d'oreille musicale à laquelle une personne peut arriver, et avec l'aliéné la difficulté s'augmente.

Dans les cas d'idiotisme, la plupart du temps tout ce que nous pouvons faire est de former un jugement approximatif en écoutant leurs chants et en observant s'ils sont justes. Pour juger de l'oreille musicale d'une personne le point principal à étudier consiste à connaître ses moyens d'apprécier les intervalles ou « degrés relatifs » ; et ceci dans la pratique est la même chose que sa faculté de dire quand et de combien une mélodie qui lui est jouée s'égare hors du ton. La capacité de dire le diapason absolu des notes,ce qui équivaut à reconnaître approximativement le nombre de vibrations par secondes d'une seule note est de peu d'importance. Peu de personnes la possèdent à un bien haut degré et elle est inutile aux musiciens.

La faculté d'appréciation des tons par rapport les uns aux autres se perfectionne en la cultivant. Là où existe une oreille musicale il y a aussi généralement un sens du rhythme, mais ce dernier est souvent bien marqué chez des personnes dont la première est rudimentaire. Il est digne de remarque que le sens de la couleur est plus souvent défectueux chez les musiciens que parmi les autres classes d'individus (Edridge Green). Une capacité pour une forme de l'art semble limiter sous d'autres rapports ceux qui la possèdent. Les poètes manquent généralement d'oreille musicale. Le sens du rhythme ne se limite pas aux musiciens ; le rhythme se retrouve aussi dans la mesure des vers, en poésie, et dans l'architecture,

Digitized by Google

comme répétition des parties similaires, c'est-à-dire symétrie.

Les trois autres divisions plus élevées de la faculté musicale ne réclament point d'explication.

Dans l' « acute mania », la folie aiguë, il y a généralement incohérence de la pensée musicale comme des autres. Si le malade chante, il chante ordinairement des fragments de chansons, et ceux-ci sont souvent inexacts et sans mesure ni justesse. La musique entendue par lui, lui produit peu d'effet ; elle arrête au plus son attention pendant un instant ou détourne le cours de ses pensées dans une autre voie.

Les malades souffrant de « sub acute mania », la folie sous-aiguë, épanchent souvent leurs sentiments en chantant ou en jouant d'un instrument. Ils ne sont pas difficiles sur la mesure ou la justesse, et leurs exécutions sont généralement partielles. Deux de ces malades chantaient de toute leur force des hymnes, tandis que je les nourrissais avec la sonde œsophagienne, l'un dans l'émulation des martyrs qui chantaient pendant le supplice ; l'autre comme pour narguer et marquer le défi. Un autre malade chez qui une série d'accès d'épilepsie est précédée par une période d'excitation, épanche ses sentiments en chantant continuellement un verset d'une hymne. Il en varie l'expression, la faisant correspondre à chacune de ses émotions et la chante tantôt d'une façon caressante, tantôt avec joie, avec colère ou avec fureur, comme l'impression du moment peut le lui suggérer et absolument sans tenir compte du sens des paroles et du ton. Un autre malade, épileptique aussi, et bon pianiste, devient très irritable quand une série de crises est prochaine. Pendant quelques jours avant l'attaque, il est constamment au piano, jouant des chorals, des oratorios d'Haendel. Il fait beaucoup de fautes, joue trop vite et se met en colère s'il est interrompu. Quand il a fini de jouer, il cache son livre sous le sopha. Lorsque l'attaque est passée, il est très abasourdi, oublie où il a mis son cahier, quoiqu'il le mette toujours à la même place, soupçonne d'autres malades de le lui avoir dérobé et les frappe. La clarté se fait graduellement dans son esprit, mais il ne joue pas beaucoup jusqu'à ce que l'attaque suivante soit prochaine.

Ce qui suit est un bon exemple de l'altération de la faculté musicale dans « sub acute mania », la folie sous-aiguë.

Le malade était un maître d'école et bon exécutant sur le piano. Il était l'organiste de l'église de son village. Il avait beaucoup d'illusions de grandeurs.

Digitized by Google

Il pensait que l'asile était le château de Windsor, et qu'il était Jules César, Shakespeare, Mozart et beaucoup d'autres. Si on le lui eût accordé, il eût passé cinq ou six heures par jour à son piano. Il jouait toujours la même chose. Une fois j'en pris les notes. D'abord il s'assit au piano, et resta pendant dix minutes comme plongé dans des pensées profondes; ensuite, ouvrant l'instrument, il joua les mêmes notes pendant environ un quart d'heure, quelquefois avec un soigneux crescendo ou diminuendo ; tantôt d'une façon ordinaire, tantôt en triolet ou autres rhythmes, quelquefois forte, quelquefois piano.

Pendant ce temps il écoutait attentivement, avec la tête penchée de côté, comme s'il jugeait de quelque effet très joli et très délicat. Ensuite il varia l'exécution en employant l'accord.

Troisièmement, jouant constamment l'octave de la main gauche, il jouait des mélodies de la droite, commençant par des airs de danses villageoises dans la clé d'ut, et finissant par des mélodies improvisées de la manière la plus incohérente, et dont on ne pouvait définir le ton. Quand il eut passé un quart d'heure à ce genre de vigoureuse exécution, il passa sans transition à l'hymne: « Que le nom de Jésus est doux à entendre », dont il répéta la première ligne à plusieurs reprises correctement et avec l'harmonie voulue, lentement et sans une pause, pendant vingt minutes.

Finalement, il passa de nouveau sans interruption à la marche de la montagne dont il joua la première partie avec beaucoup d'intelligence pendant environ vingt minutes.

« Chronic mania », Folie chronique.— La plupart des malades qui jouent dans les orchestres des asiles appartiennent à cette classe. Quelques-uns sont bons exécutants, mais leur exécution de la bonne musique ne vaut pas la peine d'être prise en sérieuse considération. Leur jeu est sans expression. Ils jouent fort ou piano, vite ou lentement, non comme la musique le requiert, mais comme leur sentiment du moment peut le leur suggérer. Ils sont indécis, sujets à s'interrompre ou à s'arrêter d'une façon soudaine. Quelques-uns d'entre eux, surtout ceux qui ont des illusions absorbantes, apprennent la nouvelle musique avec difficulté. Des maniaques chroniques, qui ont une légère notion d'un art quelconque, en feront souvent leur dada.

Dans la plupart des asiles, vous voyez des malades qui passent leur temps à faire des peintures sans perspective ou à

Digitized by Google

écrire des vers sans mesure. Je pense qu'ils se mettent moins fréquemment à la musique, probablement pour la raison que jouer d'un instrument exige un effort physique ou une position corporelle qui ne peut être maintenue sans fatigue. Un malade, dernièrement sous observation, passait tout son temps à écrire de mémoire des hymnes, en dehors du ton. Il les écrivait à défaut de mieux sur du papier brun qu'il avait réglé. Elles étaient ordinairement correctes. Il relia le papier en forme de cahier, et par moments il chantait les hymnes.

Des malades excitables deviennent excités en entendant de la musique animée et gaie. Mais, en somme, je crois que la susceptibilité à l'influence musicale est moins marquée chez les maniaques chroniques que parmi les personnes saines d'esprit.

Les malades atteints de mélancolie chez qui la dépression est sérieuse jouent rarement et éprouvent rarement quelque plaisir à entendre de la musique. Florence Nightingale remarque que les personnes malades aiment généralement la musique dont les sons sont soutenus (comme le sont ceux de l'harmonium), et ne goûtent point celle d'un caractère opposé, telle que celle du piano joué staccato sans avoir grand égard à ce qu'elle soit bonne ou mauvaise, gaie ou solennelle. Je pense, d'après mon observation personnelle, que cela est vrai et peut s'appliquer à des cas de légère dépression, pourvu naturellement que le malade ne soit pas indifférent à la musique; mais dans les cas de grave dépression, la musique d'un caractère triste augmente la mélancolie du malade, tandis que la musique gaie l'irrite souvent comme n'étant pas en harmonie avec ses sentiments. Par conséquent, il y a peu à espérer que la musique prenne un rôle important comme agent curatif dans la mélancolie. La musique élevée agit fortement et a une sérieuse influence sur le système vital de quelques personnes ; mais de telles personnes sont rares, et la haute musique ne peut être appréciée sans effort, et cet effort, le mélancolique ne peut le faire. Le rapport de la musique avec la mélancolie ressemble beaucoup à celui des autres arts. Un malade ne reçoit pas plus d'amélioration de la haute musique que des poèmes de Milton, des peintures de Raphaël, du Laocoon ou des plus hautes mathématiques. Tandis que l'influence de la musique populaire ne diffère pas dans son genre de celle des autres arts, comme par exemple celle que donnent les enluminures du « Punch », du « Tit-bits » et les papiers muraux décoratifs.

Digitized by Google

Celles-ci et d'autres influences gaies sont sans doute très appréciables, parce qu'elles hâtent le rétablissement des malades déjà en voie de progrès, et éclairent les vies de ceux qui résident en permanence dans nos asiles ; mais nous ne pouvons pas plus nous attendre à guérir un cas bien marqué de mélancolie avec ces peintures, que nous ne pouvons espérer faire oublier à un homme la perte récente d'un ami en le conduisant voir une bouffonnerie au théâtre. (*A suivre.*)

L'HYPNOTISME EN ANGLETERRE

Par P. Moreau (de Tours).

—

La commission de l'hypnotisme déléguée par la Société anglaise de médecine de Birmingham, en 1890, a présenté son rapport à l'assemblée de Nottingham.

Les questions à étudier sont en tête du rapport :

Recherche et étude de la nature des phénomènes de l'hypnotisme, — valeur de l'hypnotisme comme agent thérapeutique, conditions favorables à son emploi.

Après avoir terminé ses recherches et ses études sur l'hypnotisme, la Commission se fait un devoir de déclarer qu'elle est pleinement convaincue de la complète réalité de l'état hypnotique. Cependant quelques phénomènes qui ont été soumis à son examen ne l'autorisent pas à donner corps à la théorie dite du « magnétisme animal ».

Les expériences qui ont été faites par les membres de la commission ont établi que l'état hypnotique est accompagné de phénomènes physiques et psychiques et que ces phénomènes varient considérablement suivant les cas.

Au nombre des phénomènes psychiques figurent la modification de la conscience par elle-même, l'arrêt momentané de la volonté, le développement de la faculté de recevoir une suggestion au point de produire des illusions et des hallucinations fugitives, un état d'attention porté à l'excès et des suggestions post-hypnotiques.

Parmi ces phénomènes physiques on peut noter : les modifications vasculaires (rougeur du visage, altération du pouls), l'amplitude de la respiration, l'augmentation de la puissance de déglutition, légers tremblements musculaires, impossibilité de surmonter les mouvements suggérés, altération de la sen-

Digitized by Google

sibilité musculaire, anesthésie, modification du pouvoir de la contraction musculaire, catalepsie, rigidité souvent intense. Ces différents phénomènes cependant sont rares chez un seul et même sujet. La commission en conclut que le mot « hypnotisme » induit un peu en erreur, parce que le sommeil, tel qu'on le comprend d'habitude, n'est pas nécessairement pesant.

La commission est d'avis que, comme agent thérapeutique, l'hypnotisme est réellement efficace pour calmer la douleur, procurer le sommeil, enlever un certain nombre de maladies fonctionnelles. En ce qui concerne son efficacité permanente pour le traitement de l'ivresse, les expériences qui ont été faites devant la commission sont encourageantes, mais non concluantes.

Dans l'emploi de l'hypnotisme, des dangers sont à craindre par manque de compétence, de pratique ou de précautions, de l'abus de la fréquence des répétitions de suggestions dans les cas où elles n'étaient pas nécessaires.

La Commission est d'avis que lorsqu'on applique l'hypnotisme en thérapeutique, son emploi ne devrait être fait que par des praticiens et que jamais on ne devrait hypnotiser une femme en présence de ses parents ou d'une autre femme.

Comme conclusion, la Commission exprime en termes énergiques sa désapprobation pour les expositions publiques des phénomènes hypnotiques et espère qu'une loi viendra en défendre l'exhibition.

INFLUENCE DE L'OBSCURITÉ

SUR LA GENÈSE DE CERTAINS DÉLIRES

Par J. Luys.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, ancien négociant, arrivé aux premières périodes de la paralysie générale et pouvant encore se rendre compte des troubles mentaux dont il était frappé.

Il nous raconte en effet que si, pendant le jour, son esprit est susceptible de percevoir des hallucinations vagues et indécises, pendant la nuit, alors qu'il y a obscurité dans sa chambre, ces symptômes prennent une intensité de plus en plus inquiétante, qu'ils troublent son repos. Dès qu'il est dans l'obscurité, sa chambre, dit-il, tout entière ou partiellement, devient lumineuse et métamorphosée.

Digitized by Google

C'est tantôt un palais de cristal magiquement éclairé, tantôt au contraire, c'est un paysage d'un aspect lugubre.

Inquiet de ce qui se passe, il se lève alors en sursaut, allume sa bougie et toutes ses apparitions disparaissent.

Il recommence l'épreuve, éteint sa bougie et les mêmes apparitions lumineuses réapparaissent avec les mêmes intensités. Plusieurs nuits consécutives il répéta ces mêmes épreuves. De temps en temps, ajoute-t-il, il voit des personnages divers ; les uns ont une physionomie souriante, les autres une physionomie menaçante, ils traversent sa chambre, et quelquefois l'image est tellement vive, que le malade les prend pour des personnages réels, les apostrophe, s'excite à la suite, et devient inquiet et troublé pendant ces instants au point que nous avons été obligés de placer un domestique de veille pour le rassurer, et le calmer au besoin par sa présence.

Pendant la journée, le malade conserve une impression vague, mais réelle de ses hallucinations nocturnes. Il les prend du bon côté pendant un certain temps ; il est satisfait des impressions lumineuses perçues, on lui donne des représentations théâtrales pour lui seul, et il nous invite, nous et son entourage, à les venir voir et à nous assurer par nous-même de la vérité de ses allégations.

Les choses prirent peu à peu une autre tournure et les apparitions hallucinatoires devinrent peu à peu terrifiantes. Le malade, au milieu de la nuit, s'excite violemment, il invective des êtres imaginaires et, pour leur résister, s'arme de tout ce qui lui tombe sous la main.

Il prend les chenets de sa chambre, les chaises, il transporte son lit devant la porte de sa chambre, il s'installe en véritable état de défense.

Au bout de quelques semaines, cet état d'excitation cérébrale, très nettement localisé au début, s'étend peu à peu et alors, on voit apparaître des troubles psychiques concomitants qui durent plusieurs jours de suite et qui se révèlent particulièrement à cette époque intermédiaire de la veille et du sommeil, pendant laquelle il existe un certain état d'incertitude entre les impressions de la nuit et celles du jour.

Ainsi, environ pendant deux heures, le matin, alors que les rayons lumineux viennent en frappant sa rétine se disperser dans l'écorce, il ne sait plus où il est, il est incertain s'il est dans sa chambre ou dans le jardin, il ne reconnait plus ses vêtements, il dit qu'ils appartiennent à une autre personne, il ne reconnaît pas le pays où on l'a placé ; quand on l'inter-

Digitized by Google

pelle et qu'on lui présente son nom écrit, il ne peut pas le lire, il ne le reconnait pas. Il nous prend, nous qui le soignons, pour un boyar russe qu'il n'a jamais vu. Au lieu du jardin qu'il a devant lui, il croit voir une gare dont la cloche sonne le départ et qui lui indique qu'il faut partir, etc.

Et c'est ainsi que, dans son cerveau troublé, les impressions lumineuses en produisant leurs excitations physiologiques déterminent les ébranlements de nature spéciale qui suscitent un délire consécutif et deviennent par cela même l'occasion d'une véritable agitation. Cette action spéciale, au moment du réveil, a duré seulement plusieurs semaines, et le malade a subi peu à peu les atteintes de la paralysie générale, à laquelle il a fini par succomber.

SUR DES EXPÉRIENCES

MONTRANT QUE LA

MENINGO-ENCÉPHALITE DE LA CONVEXITÉ DU CERVEAU

détermine des symptômes différents, suivant les points de cette région qui sont atteints,

Par MM. Bochefontaine et Viel (1).

« Les affections méningitiques se traduisent, comme on le sait, par les phénomènes les plus variés. Des troubles divers: douleurs, somnolence, convulsions, délire, troubles variés des sens, contractures, paralysies diverses, etc., s'observent dans les cas d'inflammation des méninges cérébrales. Mais nulle part cette variation des symptômes n'est plus remarquable que dans la paralysie générale progressive, dont la lésion bien connue consiste en une méningo-encéphalite diffuse à marche chronique. On a déjà pensé que la variation des symptômes, dans ces différents cas, pouvait tenir au siège des lésions, et la clinique a fourni des données importantes dans cette direction.

« Il nous a semblé qu'il serait intéressant de chercher à contrôler ces notions au moyen de l'expérimentation, en tenant compte des faits introduits dans la physiologie de l'écorce grise du cerveau et des méninges, pendant ces dernières années.

(1) Travail du laboratoire de M. Vulpian.

Digitized by Google

« Le procédé expérimental qui nous a paru le plus propre à cette recherche est la cautérisation du cerveau avec le nitrate d'argent solide, sur des animaux convenablement anesthésiés par injection intra-veineuse d'hydrate de chloral.

» Ce procédé a été employé sur dix chiens, chez lesquels on a pu constater que l'instrument, porteur du sel d'argent dans la cavité de l'arachnoïde, n'avait déterminé aucune lésion traumatique du cerveau, et que les altérations de cet organe existaient toujours dans les seules parties touchées par le nitrate d'argent.

» Chez sept de nos animaux, les parties cautérisées ont été la circonvolution sigmoïde et les parties situées immédiatement en arrière d'elle, c'est-à-dire les deux tiers antérieurs de la face convexe des hémisphères cérébraux.

» Chez les trois autres, la cautérisation a été portée sur le tiers postérieur de cette face des lobes cérébraux.

» A. Les animaux de la première série ont présenté, trois ou quatre jours après l'opération, des troubles divers qui, dans un cas, ont débuté par une attitude anormale de la partie antérieure du côté correspondant à celui de la lésion. Dans tous les cas, on a observé des mouvements ataxiques des membres du côté opposé, puis de la faiblesse paralytique de ces membres. Du côté opposé toujours, les muscles peauciers de la face et du cou sont devenus paralysés. En même temps, on a constaté une diminution considérable ou l'abolition de la sensibilité dans ces différentes parties, ainsi que l'affaiblissement ou la perte des sens de l'ouïe et de la vue. On a également constaté que la muqueuse de l'orifice nasal était insensible à diverses irritations mécaniques.

» On a noté encore des attaques épileptiformes précédées et suivies de manifestations délirantes, semblables à celles que l'on observe dans la manie épileptique.

» Il y a eu aussi des accidents choréiformes.

» Les crises épileptiformes ont toujours été accompagnées d'une salivation abondante.

» Ces animaux, si ce n'est un qui s'est rétabli après avoir eu des accès épileptiques avec impulsions délirantes, sont morts épuisés par des attaques convulsives subintrantes, après avoir considérablement maigri, bien qu'ils aient mangé volontiers jusqu'au dernier jour.

» B. Les trois autres chiens ont été opérés sur le tiers postérieur d'un lobe cérébral. Aucun d'eux n'a présenté de troubles cérébraux. Ils ont été sacrifiés un mois après l'opération, et

Digitized by Google

cependant on a trouvé dans les parties cautérisées les mêmes lésions que chez ceux dont les parties antérieures du cerveau avaient été lésées.

» Ces lésions consistent dans une inflammation irritative de l'écorce grise cérébrale, quelquefois accompagnée de ramollissement, avec ou sans exulcérations, dans la partie touchée par le nitrate d'argent ; quelquefois la dure-mère adhérait à l'écorce grise ; deux fois on a trouvé des pseudo-membranes entre la dure-mère et le cerveau. Il n'y avait pas de méningite en dehors des points indiqués.

» En résumé :

» 1° La cautérisation de l'écorce grise du cerveau, au moyen du nitrate d'argent, permet de produire la méningo-encéphalite dans un point déterminé, à la volonté de l'expérimentateur.

2° L'irritation inflammatoire ainsi produite détermine des troubles variés : faiblesse paralytique, accidents convulsifs, anesthésie locale, perte ou affaiblissement de la vue, de l'ouïe, délire, etc.

» 3° L'anesthésie, la paralysie et les phénomènes convulsifs des membres et de la face, les troubles des appareils sensoriaux ont lieu du côté opposé à la lésion du cerveau.

» 4° Tous ces troubles s'observent à la suite des lésions de l'écorce grise des parties antérieures du cerveau.

» 5° Les troubles de la motilité correspondent à l'irritation inflammatoire des parties dites *motrices* de la circonvolution sigmoïde, et de la région qui l'entoure immédiatement.

6° L'anesthésie correspond à la lésion des circonvolutions immédiatement situées en arrière du gyrus sigmoïde, à la partie moyenne environ de la surface convexe et supérieure des lobes cérébraux.

» 7° La cautérisation du tiers postérieur de la partie supérieure de l'écorce cérébrale n'a, dans aucun cas, donné lieu à un résultat quelconque.

» 8° La cautérisation par le nitrate d'argent n'a par elle-même déterminé directement aucun trouble. Les phénomènes divers que nous avons observés sont survenus trois ou quatre jours après la cautérisation, et sont le résultat de l'irritation inflammatoire déterminée localement par le nitrate d'argent. »

24 décembre 1877.

Digitized by Google

MÉDECINE LÉGALE

Les mobiles du crime et le récidivisme chez l'enfant (Legrain : *Extrait du compte rendu du 3e Congrès d'Anthropologie criminelle, 8 pages. Bruxelles Hayet, 1893*). — L'auteur a fait des recherches intéressantes sur la criminalité chez les enfants idiots et arriérés de la Colonie de Vaucluse. La proportion des criminels est de 33 %. Le vol et le vagabondage ont été le plus fréquemment observés. Les mobiles que l'auteur a relevés ont été les suivants. Parmi ces dégénérés : 1° les uns ont subi un entraînement, une sorte de contagion morale ; ils ont agi ainsi parce qu'ils avaient vu agir ainsi et n'avaient pas d'autre motif. (Le faible d'esprit est facilement suggestible et n'a qu'une notion inexacte de la valeur de ses actes.) 2° D'autres, types d'inconscients, imbéciles parfaits, ont commis un délit à la façon du paralytique général. Ceux-là n'obéissent à aucune suggestion ni à aucun penchant ; ils agissent ainsi comme ils agiraient autrement. Le crime n'est ici qu'un accident. 3° D'autres encore ont commis le crime pour satisfaire un instinct, un penchant, un désir, un appétit. Chez eux, il y a exubérance d'instinctivité, souvent insuffisamment tempérée par l'éducation. Il y a manque d'équilibre, mais d'un autre ordre que dans les cas précédents, car ici l'intelligence proprement dite peut être développée. C'est le cas de cet enfant, qui, après avoir vu saigner un poulet, pris d'un désir intense de revoir du sang, voulut ouvrir le ventre à sa sœur. 4° D'autres ont agi en vertu d'une impulsion morbide, consciente, absolument irrésistible. Il existe une opposition de fait assez curieuse entre ces malades et les précédents. Dans un cas, l'acte est mûrement apprécié, mais il est irrésistible ; dans l'autre cas, l'acte est un peu ou pas réfléchi, mais il paraît volontairement déterminé. Dans le premier cas, on ne peut discuter sur la valeur morale du sujet, ni sa responsabilité ; dans l'autre, on peut avoir des doutes. Et pourtant les uns et les autres sont les mêmes sujets, les mêmes malades ; ils jouissent les uns et les autres des mêmes attaches héréditaires. 5° Enfin, dans une dernière catégorie, se placent les *fous moraux* proprement dits. Ceux-ci se montrent de bonne heure insoumis, volontaires, colères, voleurs ; ils semblent s'appliquer au mal avec plaisir, torturent les animaux, etc. Ces êtres sont souvent qualifiés de pervers. Mais faites atten-

Digitized by Google

tion à ceci : ce sont de tout jeunes enfants ; ils sont arrivés au monde avec une constitution cérébrale défectueuse ; ils resteront tels, même lorsque l'éducation tentera de les réformer : ils ne comprendront jamais ce qu'il est convenu d'appeler la morale ; ils sont dans la situation du daltonien vis-à-vis de certaines couleurs qu'il voudra bien admettre, puisque d'autres les voient, mais qu'il ne peut voir lui-même. Ils sont nettement en puissance d'état morbide. Leurs lacunes morales contrastent souvent avec leur milieu habituel ; ils ne sont pas fatalement issus d'êtres démoralisés eux-mêmes. Si l'on ne peut rien pour les êtres tarés dès la base, si ce n'est les séquestrer pour les empêcher de nuire, la société peut et doit faire beaucoup au point de vue prophylactique. Facteur elle-même de dégénérescence, la société est responsable de ses produits dégénérés ; elle doit supprimer les causes de la dégénérescence, l'alcoolisme, les professions insalubres, la misère physiologique et morale.

(1893, 10 décembre, *Revue internationale.*)

PAUL SÉRIEUX (de Villejuif).

ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

La contagion du meurtre, étude d'anthropologie criminelle (PAUL AUBRY [*de Saint-Brieuc*] *avec une préface de M. le* Dr CORRE : *2e édition, in-8°, Félix Alcan, édit., Paris, 1894*). — L'étonnante facilité avec laquelle se commettent les crimes, la similitude presque absolue dans les moyens d'exécution, le retour pour ainsi dire périodique de certains meurtres avaient engagé M. le Dr Aubry à prendre cet intéressant sujet pour sa thèse inaugurale il y a plusieurs années. Il reprend aujourd'hui ce travail toujours et malheureusement d'actualité et y apporte des faits nouveaux. Il a cherché quel était le lien mystérieux qui reliait ces différents états. Or ce phénomène de psychologie morbide n'est pas le résultat de la simple imitation ainsi qu'on serait tenté de le croire tout d'abord. Il y a plus. C'est un mélange de quatre termes fort distincts : suggestion, imitation, hérédité, contagion, dont l'ensemble constitue les éléments principaux d'une épidémie. Le meurtre épidémique a été démontré par l'histoire, mais ce n'est véritablement que depuis un petit nombre d'années que la nature véritablement pathologique de ces épidémies a été entrevue. Encouragé par l'exemple de ses maîtres, M. Aubry n'a pas craint d'apporter une pierre à ce grand œuvre. Il a traité avec auto-

Digitized by Google

rité cette question si palpitante d'intérêt, si grande de conséquences. Son travail est divisé en trois parties. Dans la première il a étudié la contagion du meurtre dans ses modes généraux ; il a recherché quels en étaient les grands facteurs, et à ce titre, passé en revue, la famille, la prison, le spectacle des exécutions, la lecture. Dans la deuxième partie il a traité de la contagion du crime dans quelques-uns de ses modes spéciaux ; vitriol, revolver, empoisonnement, dépeçage criminel. Enfin dans la troisième il examine les épidémies et les endémies. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'examen de ces différentes questions appuyées de nombreuses et curieuses observations. Nous n'en retiendrons que les conclusions. L'idée du meurtre est essentiellement contagieuse, pour se manifester deux facteurs lui sont nécessaires : 1° l'hérédité ou sa dégénérescence, 2° l'éducation, et sous cette dénomination il entend l'action des exemples. Le récit d'un crime reproduit avec détails par la Presse amène presque toujours une série de crimes dont les moyens d'exécution, sont pour ainsi dire calqués sur le même type. Les actes de cruauté, auxquels on assiste pendant les grands bouleversements politiques et sociaux, reconnaissent presque toujours l'entraînement des masses par quelques esprits exaltés. Il y a une véritable contagion imitative. La prophylaxie des meurtres repose : 1° sur une saine hygiène morale, individuelle ; 2° sur la moralisation des mœurs ; 3° sur la règlementation des comptes rendus des crimes par la presse ; 4° sur une sévérité plus logique des tribunaux. Dans cette nouvelle édition, M. Aubry a consacré deux intéressants chapitres aux régicides et aux anarchistes. Dans tous ces faits on retrouve l'influence manifeste de la contagion, l'idée se transportant d'un individu qui la possède à un prédisposé, soit directement, soit le plus souvent par l'intervention de la presse. A propos des anarchistes, l'auteur rappelle que depuis six ans il y a eu 1.123 attentats commis en Europe, 502 en Amérique, soit un total de 1.615 explosions ! Parmi les anarchistes M. Aubry établit plusieurs catégories. Les uns, les incubes, et ce sont incontestablement les plus coupables, sont ces orateurs de club, ces journalistes de feuilles incendiaires qui, tout en restant lâchement dans la coulisse agissent sur les succubes, qu'ils poussent en avant, par leurs excitations constantes, non pas vers une amélioration sans doute désirable, mais vers un état de choses absolument irréalisable, oubliant l'immortelle parole du Christ : il y aura toujours des pauvres parmi vous. Les autres, sont les succubes, tantôt franchement aliénés, tantôt déséquilibrés, tantôt normaux, mais amenés lentement par une

Digitized by Google

infiltration journalière de l'élément contagieux à accepter l'idée de meurtre. Pour les aliénés et les déséquilibrés la conversion à l'anarchie est plus facile, le terrain est bien préparé, il suffit souvent qu'un incube y jette une idée pour qu'elle germe et fructifie rapidement. Le travail de M. Aubry contribuera grandement à dessiller les yeux de trop nombreux indifférents ; il amènera chez beaucoup des réflexions graves et aidera à provoquer d'utiles réformes, depuis longtemps désirées et toujours attendues.

(25 avril 1894, *Revue internationale.*)

MOREAU DE TOURS (de Paris).

MÉDECINE LÉGALE ET ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

La justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1890 (*Rapport*, *Journal officiel du* 29 *octobre* 1893). — Le document diffère très peu de celui qui l'a précédé (voir le compte rendu de l'année 1889 au n° 5501 de la *Revue*). Les autorités judiciaires ont eu à s'occuper d'un millier d'affaires seulement en moins qu'en 1889. Les Cours d'assises ont eu à juger 2982 affaires criminelles, 1386 (46 p. 100) relatives à des attentats contre les personnes, et 1596 (54 p. 100) à des attentats contre les propriétés, avec un total de 4078 accusés (35 de moins qu'en 1889 ; c'est, eu égard à la population, 11 accusés pour 100.000 habitants). — Sur 100 accusés, on compte 85 hommes et 15 femmes ; sur 100 hommes jugés, 36 le sont pour des attentats contre les personnes ; la proportion pour les femmes dépasse la moitié (51 p. 100) ; plus des deux tiers de ces dernières sont accusées d'infanticide ou d'avortement. — Au point de vue de l'âge, sur 100 accusés, 16 ont moins de 21 ans, 14 ont de 21 à 25 ans, 18 de 25 à 30, 25 de 30 à 40, 15 de 40 à 50, 12 plus de 50 ans. Jusqu'à 50 ans, les accusés ont commis plus de crimes contre les propriétés (61 à 65 p. 100) que de crimes contre les personnes (35 à 39) ; mais à partir de cet âge, la première proportion n'est plus que de 45 p. 100, tandis que la seconde s'élève à 55, à cause du grand nombre de vieillards poursuivis pour des attentats à la pudeur sur des enfants. C'est à cette même circonstance qu'il faudrait sans doute attribuer la supériorité du chiffre des veufs qui ont à répondre de crimes contre les personnes. Mais dans l'ensemble de la criminalité, la proportion d'accusés la plus forte revient aux célibataires (59 p. 100), puis aux mariés (28 p. 100), celle

Digitized by Google

des veufs étant de 13. — 74 p. 100 des accusés savent lire et écrire, 21 sont complètement illettrés, 5 ont reçu une instruction plus ou moins grande. La proportion des crimes contre les personnes s'abaisse avec le degré de l'instruction, et celle des crimes contre les propriétés augmente. — D'après les professions, l'on a, sur 100 accusés, 38 sujets appartenant à l'agriculture, 29 à l'industrie, 14 au commerce, 6 à la domesticité, 6 aux professions libérales (avec les fonctionnaires et les rentiers), 7 à la catégorie des gens sans aveu. — Sur 100 accusés, 12 n'ont pas de domicile, 43 sont domiciliés en ville et 45 à la campagne ; les crimes contre les propriétés sont de beaucoup plus fréquents dans les centres urbains. — Relativement à l'origine, 92 p. 100 des accusés sont français et 8 sont étrangers. Les Tribunaux correctionnels ont eu à juger 101.760 affaires, 1157 de plus qu'en 1889, augmentation se référant surtout aux délits de vagabondage et de mendicité. Le nombre des prévenus s'est élevé à 229.134 : 202.758 (88 p. 100) sont poursuivis pour délits communs, et 26.385 (12 p. 100) pour des contraventions fiscales ou forestières. Sur 100 prévenus, il y a 86 hommes et 14 femmes. L'application de la loi du 27 mai 1885 aurait amené une diminution dans les chiffres des individus en état de récidive légale (relégables). Le nombre des arrêts et jugements de condamnation rendus des accusés ou prévenus récidivistes est monté en 9 années de 92.825 à 100.781, tandis que celui des condamnations prononcées contre des individus comparaissant pour la première fois devant la justice est descendu de 109.876 à 106.544. C'est, d'une part, un accroissement de 85 p. 1000 et, d'autre part, une diminution de 27 p. 1000. Rapprochement bien démonstratif de l'influence de la récidivité sur la criminalité générale. En Algérie et Tunisie, les cours criminelles ont eu à juger, à propos de 472 affaires, 690 accusés ; les tribunaux correctionnels ont compté 11.060 affaires avec 15.474 prévenus. C'est une légère amélioration par rapport à l'année précédente.

(10 janvier 1894).

A. CORRE (de Brest).

Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale. (Vol. XIV, fasc. VI. Turin, 1893). — 1° *Epileptique homicide.* C'est là un de ces meurtres comme en commettent journellement les épileptiques. Devant la Cour d'assises de Ravenne, les conclusions d'irresponsabilité portées par le médecin-expert furent acceptées, et le meurtrier fut acquitté. — 2° *Paranoïque uxoricide.* Un sieur B... frappa d'un coup

Digitized by Google

de hache à la tête, sa femme en état de grossesse avancée, et causa sa mort. B. est un dégénéré, héréditaire et atteint de délire de persécution et doit être considéré comme irresponsable de l'acte qu'il a commis. — 3° *Fou moral génésique*. Observation d'un homme, crétin luxurieux type, véritable délinquant né, qui se portait sur ses filles à des attentats déplorables. Malgré son histoire héréditaire bien nette, F... fut condamné par la Cour d'assises de Venise à 7 ans, 9 mois et 10 jours de réclusion.

(MOREAU DE TOURS, de Paris).

Une observation d'enfant menteur. (MÉZERAY : *Revue de l'hypnotisme*, juillet 1893, pp. 17 à 20). — Fillette de 14 ans, menteuse, indisciplinée, renvoyée de tous les pensionnats. Accuse son oncle d'avoir avec elle des rapports sexuels. On lui suggère de se bien rendre compte de ses paroles et peu à peu elle nie tout ce qu'elle avait faussement assuré.

BIDON (de Marseille).

(*Revue Internationale*, décembre 1893.)

La jalousie morbide (D. STEFANOWSKI : *The Alienist and Neurologist*, juillet 1893, pp. 375 à 388). — La jalousie est inhérente à l'acte sexuel même dans les espèces animales. Chez l'homme c'est un état psychique surtout masculin, dont on peut reconnaître trois grands types : 1° jalousie animale (j. des sens, selon Bourget) ; 2° jalousie morale (j. du cœur, de Bourget) ; 3° jalousie sociale, dans laquelle le sens génital n'a souvent aucune place, mais où la souffrance vient de l'atteinte portée aux sentiments d'honneur, de propriété et d'amour-propre. En outre, ces variétés se combinent et s'unissent de mille manières. Ce sentiment s'exagère dans la jalousie morbide qui est surtout le fait des dégénérés et plus encore des alcooliques ; elle pousse au crime, même quand son point de départ est passé. Elle tient à une désagrégation de la personnalité dans laquelle les pensées, caresses.., de la personne aimée avaient organisé des états de conscience dont la rupture est très douloureuse. — Chez d'autres sujets, il y a anesthésie de la jalousie : chez les masturbateurs, les clients des maisons de tolérance et les lecteurs d'ouvrages pornographiques. Une paresthésie de ce sentiment est l'excitation que produit chez certains sujets la vue des rapports sexuels ou la certitude de l'infidélité de la personne aimée.

H. BIDON, de Marseille.

(*Revue Internationale*, décembre 1893.)

Digitized by Google

Anthropologie criminelle (James Weir : *Medical Record*, 13 janv. 1894, p. 42). — L'A. décrit, avec Lombroso, le criminel comme un être anormal ; c'est moralement et mentalement un atavisme, repoussé mille et mille siècles en arrière, à côté de ses ancêtres pithéciens. C'est un sauvage au milieu de la civilisation. Parmi les caractères anatomiques du criminel, de race blanche, l'A. n'a rencontré que 3 fois la saillie bilatérale de la suture sagittale : il a vu 5 fois sur 10 le prognathisme, et dans tous les cas de criminels d'instinct, la saillie des pommettes. L'oreille des assassins est toujours longue, celle des voleurs est petite. Sur 20 cerveaux de criminels habituels, 19 présentaient des anomalies marquées. Sur 1 nègre assassin, les scissures étaient très confluentes, et le cervelet n'était pas recouvert par le cerveau. Sur 2 assassins, les circonvolutions étaient peu nombreuses, avec peu de substance grise. Tous ces cerveaux avaient uu poids inférieur à la normale. Quelques-uns présentaient 4 circonvolutions frontales ; sur l'un, les 2 premières frontales étaient fusionnées. Sur les criminels âgés, surtout les meurtriers, l'A. a noté, comme sur les chimpanzés âgés, un pli triangulaire spécial à l'angle interne de la paupière supérieure. Les malfaiteurs ont encore une fixité particulière dans le regard, une diminution de la sensibilité.

Alezais, de Marseille.

VARIA

Tumeur de la dure-mère spinale (Case of tumour of the spinal dura mater), par Ransom et Thompson (*The British medical Journal*, 24 février 1894, n° 1730, p. 395). — Un homme, ni syphilitique, ni alcoolique, se plaint de douleurs dans la région de l'épigastre et dans la partie correspondante de la région spinale dorsale, sa marche devient faible, ses réflexes s'exagèrent, il offre du clonus du pied. On constate chez lui des zones d'anesthésie à la partie antérieure des deux cuisses, ainsi que des plaques d'anesthésie au niveau des régions douloureuses du tronc. On diagnostique une tumeur de la dure-mère ; l'opération, consistant en la résection des lames vertébrales, est entreprise, elle est très laborieuse et le malade y succombe. A l'autopsie, on trouve une tumeur sarcomateuse de la dure-mère, n'ayant déterminé sur la moelle que des lésions localisées au niveau de la seule partie qui est le siège de la compression. (*Gaz. Hebd.*, 30 mai 1894.)

Digitized by Google

Les Excentriques (1).

Sous ce titre « les Excentriques ou déséquilibrés du cerveau », M. le Dr Moreau, de Tours, publie, dans la collection de la petite *Encyclopédie médicale*, un volume de vulgarisation amusante (2). Il relate une foule de faits qui se sont produits depuis 1880, époque qui a vu naître cette épidémie.

Nous reproduisons presque en entier le premier chapitre.

Dr M. R.

« Qu'est-ce donc qu'un excentrique ?

Pour le monde, l'excentrique est un individu d'un caractère original, sujet à des écarts.

Pour le médecin, l'excentrique est un déséquilibré qui a le privilège de ne pas se faire renfermer. C'est un aliéné avec conscience, entraîné à des actes extravagants sans que sa raison elle-même soit pour cela altérée, mais aussi sans que sa volonté ait souvent la force de l'empêcher d'agir.

A côté de ces individus dont l'état mental anormal nettement caractérisé ne saurait être mis en doute, il en est d'autres (et ce sont principalement ceux-là que nous avons en vue ici) que leurs actes font qualifier d'excentriques et qui, en réalité, ne sont que de simples victimes de la contagion imitative. Ce ne sont pas des aliénés à proprement parler, mais ils se rattachent cependant à la grande famille névropathique ; ces gens, en un mot, qui se font remarquer par leur caractère bizarre, par la soif de la renommée et qui, pour faire parler d'eux, n'hésitent pas à se signaler par des actes étranges, sont tous ou presque tous des héréditaires : en cherchant bien, on trouvera toujours chez eux les traces d'une tare nerveuse indéniable. Tels sont ceux qui se sont signalés à l'attention publique dans le cours de ces dernières années par des voyages entrepris avec des moyens de transport bizarres, des actes plus ou moins fantastiques, des dernières volontés plus ou moins étranges.

Nous donnerons des exemples curieux de ce que nous pourrons appeler la « contagion de l'excentricité ».

— *Caractères psychologiques de l'excentricité.* Elle doit être considérée comme une folie incomplète. Elle reconnaît, en effet, les mêmes conditions pathogéniques, héréditaires ou idiosyncrasiques que la folie confirmée véritable. Véritables aliénés raisonnants, ces individus sont constamment dans un état

(1) *Journal d'Hygiène*, 3 mai 1894.
(2) Sociétés d'Editions scientifiques. — Paris, 1894.

Digitized by Google

intermédiaire à la raison et à la folie confirmée, à laquelle il aboutit souvent en se transformant brusquement, et passagèrement, en manie simple ou ambitieuse. Ces personnes se croient égales ou même supérieures à toute autre.

L'auteur signale une série d'individus ayant une disposition d'esprit particulière qui n'est pas, assurément, une preuve de folie, mais qui, par sa nature, se classe en dehors des actes parfaitement raisonnés et logiques de l'organisme intellectuel et qu'on doit regarder comme une tache dans l'esprit, une défectuosité innée, une incommodité, sinon une maladie de l'âme. Cette disposition d'esprit porte à exagérer toute chose sans motif, avec la plus parfaite indifférence, et, pour ainsi dire, tout naturellement.

Ces sujets se font remarquer par un manque complet d'équilibre dans leurs fonctions intellectuelles ; ils ont parfois des qualités brillantes, des aptitudes distinguées, des instincts bizarres et énergiques, mais ils manquent de direction et de suite dans les idées, se font remarquer par l'incohérence et l'irrégularité de leur actes, et offrent une faiblesse de jugement qui indique de graves lacunes dans leurs facultés.

En général, le sens moral leur fait complètement défaut, et ils commettent le bien et le mal sans discernement.

Quelque-uns ne sont pas mauvais, ils sont généreux a la façon des prodigues, disposés à se mettre en avant, moins par dévouement que par défaut de réflexion ; ils sont courageux plus par insouciance que par fermeté de cœur, mais la plupart sont enclins au mal et s'y complaisent d'autant plus qu'ils manquent absolument de sens moral.

Comme ils ne sont pas complètement, et aux yeux de tous, de véritables fous, aucune mesure légale et protectrice n'est prise le plus souvent à leur égard.

Folie, excentricité, sont deux états pathologiques ayant une origine commune si l'on veut admettre que, héréditairement, un état de folie réelle ne peut se reproduire, se transmettre des ascendants aux descendants qu'avec des demi-teintes et des tons radoucis.

Il n'y a pas de petits côtés dans la science : chaque fait à sa valeur et, lorsqu'il se joint à un certain nombre d'autres semblables, il se dégage le plus souvent, pour ne pas dire toujours, une conclusion rigoureuse, précise, intéressante, parfois inattendue. Tels sont les faits que vise plus particulièrement ce travail, faits bizarres, véritablement excentriques qui, dans ces derniers temps, sont venus appeler l'attention publique.

Digitized by Google

Mais qu'on ne s'y trompe pas : nous n'avons pas affaire ici à ces excentriques morbides, scientifiques en quelque sorte, dont nous venons de résumer les principaux caractères. Non. Ici, l'excentricité reconnaît une toute autre origine.

L'imitation joue le principal rôle ; c'est une véritable épidémie, c'est-à-dire un fait pathologique parfaitement défini, indiscutable : on ne voit que des gens qui cherchent à se surpasser en excentricité, et l'histoire de cette nouvelle épidémie est curieuse et instructive.

Nous assistons à sa genèse : fait simple, raisonnable, normal ; peu à peu, la curiosité des gens est mise en éveil par le récit qu'ils ont lu. « Quoi ! ce n'est que cela ! j'en ferai autant, mieux même. » Petit à petit, l'idée s'impose à leur esprit, ne leur laisse plus de repos, et un beau jour ils exécutent leur projet tendant à surpasser le modèle, tout en suivant scrupuleusement sa manière de faire. Un mot, une parole suffit pour faire éclater l'idée latente qui germait en eux.

Ces faits identiques ont eu un certain retentissement dans le public, les journaux en ont parlé, ont commenté les péripéties et les accidents de la route, bref ont excité la curiosité publique.

C'est alors qu'entrent en scène les *nerveux* qui, l'esprit frappé par ce qu'ils ont lu, s'empareront avec ardeur de l'idée, et avec leur esprit à fond maladif, amplifient, surchargent, luttent à qui trouvera un moyen plus original de se distinguer et d'éclipser leurs prédécesseurs.

En suivant attentivement la filière des faits recueillis, au jour le jour, on voit toujours de plus en plus fort, sans un retour en arrière.

Cette épidémie est-elle terminée ? nous ne le pensons pas : elle pourra présenter des moments de répit, mais il est évident qu'elle se produira dans toute son intensité : la moindre occasion peut la faire renaître. Les faits changeront sans doute, le fond restera identiquement le même. »

Dr MOREAU, de Tours.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE SOCIALE

—

LA FOULE CRIMINELLE

Par J. LUYS.

Je publie sous ce titre un résumé fort bien fait, dans la *Revue Scientifique*, août 1892, de l'ouvrage d'un auteur italien, Scipio Sighele, qui a exposé dans une publication récente des essais de Psychologie collective sous le titre que nous indiquons « *Les foules criminelles* » (1).

Ces idées nouvelles expriment des faits de Physiologie sociale qui commencent à peine à se faire jour dans la littérature scientifique ; — et en cela, elles éclairent rétrospectivement l'histoire d'une lueur étrange qui nous montre les aveuglements, les insanités, les crimes commis par les hommes assemblés, entraînés automatiquement par les gestes, par les paroles de ceux qui les conduisent et les suggestionnent et qui arrivent à commettre ces sinistres actions, ces crimes inconscients, ces actes de dévastation sans but,

(1) Bibliothèque de Philosophie contemporaine. Chez Alcan, 1892, Paris.

Digitized by Google

sans motif, qui terrorifient les populations paisibles (1).

Tous ces phénomènes étranges se rencontrent à chaque page de l'humanité avec le même mécanisme. — Ce sont partout des explosions subites de l'émotivité des foules qui, obéissant à la voix d'un seul homme, se mettent en mouvement dans le sens indiqué par lui, et cela d'une façon automatique et inconsciente, rien que par la mise en action des énergies automatiques innées.

I. Des hommes de ma génération ont été à même pendant la terrible année de 1870-71, pendant le siège de Paris, d'en voir de bien lamentables exemples et de constater sur place quotidiennement, en quelque sorte, la puissance d'un mot, d'une phrase suggestive sur l'émotivité des populations affolées.

Que de fois n'ai-je pas, pendant cette triste époque, vu le long de nos boulevards un innocent promeneur pris pour un espion prussien et malmené par la foule ameutée ?

Il suffisait d'avoir un vêtement spécial, une allure particulière pour déplaire à un mauvais plaisant qui passait, (la plupart du temps ivre) pour être interpellé, houspillé et traité devant la foule ameutée, d'espion prussien ! — Il n'en fallait pas davantage et la malheureuse victime de ce guet-apens était conduite au poste voisin, vivement malmenée en route et quelquefois très violemment meurtrie, comme j'en ai constaté maints exemples.

N'ai-je pas vu, en raison des mêmes incitations aveugles, des mêmes tendances à subir l'impulsion de ces foules flottantes, un brave général de l'armée de Paris, un vaillant champion de la Défense nationale, subir lui-même les mêmes démonstrations hostiles ?

Ce général du génie en uniforme, relevait en avant des bastions, quelques détails techniques, son carnet de notes à la main. Aussitôt qu'on le vit en train de prendre des notes, les passants le considèrent comme suspect, « il relève les plans de la Défense, dit-on, c'est un traître, c'est un coupable » et alors, — l'ébranlement se propage, menaçant ; sur

(1) On lira avec grand intérêt le travail magistral de G. Tardes conçu dans le même ordre d'idées — intitulé « Foules et sectes au point de vue criminel », *Revue des Deux-Mondes*, nov. 93, p. 819.

Digitized by Google

cette donnée on entoure le général, on l'assaille et on lui arrache ses épaulettes sans autre explication. Sans le secours de gens raisonnables appartenant à l'armée qui, par hasard se trouvaient aux environs, je ne doute pas, à la façon dont l'orage se préparait, dont les cris de trahison et de mort se répercutaient de proche en proche dans ces masses tumultueuses, que le pauvre général n'eût trouvé sur les remparts qu'il inspectait une mort imprévue.

Tous ces entraînements, tous ces mouvements, aussi subits qu'irrésistibles des foules sont un des phénomènes les plus étranges qui commencent à frapper l'esprit des hommes réfléchis. — Il y a là évidemment un nouveau chapitre de psychologie qui vient à s'ouvrir. Et ce sera incontestablement un titre de gloire pour les psychologues et les physiologistes qui s'occupent des mobiles divers des actions humaines que d'essayer de jeter un trait de lumière sur toutes ces obscurités. — Leur étude décèle, en effet, des activités nerveuses nouvelles qui entrent en jeu et qui se développent comme des sources électriques par *influence* en mettant successivement en feu les forces latentes qui sommeillent inconscientes et qui n'attendent qu'une étincelle pour produire une explosion subite.

Et il est vraiment curieux de constater que tous ces phénomènes d'entraînement automatique des foules, pour peu qu'on y réfléchisse, abstraction faite de ce qu'ils ont de terrifiant, n'en sont pas moins régis par les mêmes lois naturelles de la vie du système nerveux.— Ce sont les mêmes forces automatiques qui règlent la machine humaine dans ses opérations quotidiennes qui prennent à un moment donné une allure extra-physiologique ; — ce sont les mêmes lois de la suggestion donnée et reçue, qui sont partie prenante de phénomène, mais en tout et pour tout, c'est une face nouvelle de la vie nerveuse qu'il est bon d'étudier dès maintenant à l'aide des données récentes que les études de l'hypnotisme ont mises si vivement en lumière.

L'expérience quotidienne ne nous montre-t-elle pas à chaque instant que sous forme de conseils verbaux, d'injonctions plus ou moins impératives, de discours écrits (les journaux), l'homme qui parle, qui écrit, agit sur son semblable par

Digitized by Google

influence comme un foyer électrique, décompose son électricité mentale propre et l'attire dans le sens qu'il indique. — Quand on entend la voix d'un ami qui vous conseille, d'un orateur éloquent qui vous attire ; qu'au théâtre on est saisi par des tirades pathétiques, on est, malgré soi, bouleversé et les caractères les plus froids sentent malgré eux, leur émotivité naturelle surgir et se manifester sous ses formes extérieures, l'anxiété et les larmes. — En présence de ces situations, soit naturelles, soit même artificiellement créées, comme le théâtre, nous sommes je dirai même *bêtement* actionnés, alors que nous savons très bien que tout ce que nous voyons n'est que fictions et convention. Et cette action dure plus ou moins longtemps. Elle s'évapore peu à peu en faisant suite à d'autres préoccupations courantes (1).

Nous savons tous, pareillement, que l'immense majorité de nos semblables qui constitue, comme on dit, le grand public et que les brasseurs d'affaires désignent généralement sous le nom de *gogos* (doués cependant d'un certain bon sens dans une sphère limitée), sont cependant pour des affaires auxquelles ils ne sont pas préparés d'une crédulité intarissable, surtout dans les classes inférieures de la société. — Dans l'élément passionné qui constitue les foules, ce qui est écrit dans leur journal, *est écrit*, comme ils disent ; ils *l'acceptent*, et ils ne le discutent pas, ils le croient comme réel. Et ce qu'ils entendent dans les lieux de réunions publiques, dans leur commerce avec des camarades beaux parleurs, ils l'acceptent d'emblée comme un programme à suivre et c'est ainsi que se fait le dressage des populations.

L'homme ainsi préparé accepte les suggestions qu'on lui donne, ils les fait siennes.

Il se les incorpore, et arrive ainsi à exécuter automatiquement, comme une consigne, les conceptions altruistes qui lui

(1) Les médecins aliénistes savent, par expérience, que la plupart du temps les troubles de la folie dérivent d'une excitation prolongée des régions émotives et que l'émotivité est le grand ressort qui dirige les idées et les actions humaines.

(2) J'ai rapporté il y a déjà plusieurs années, dans mon livre sur les fonctions du cerveau, une série de phénomènes de même ordre dans lesquels j'ai mis en saillie les actions automatiques des cellules cérébrales non seulement chez l'individu isolé — mais encore sur l'entourage de celui qui parle. — Dès cette époque, je me suis sans le savoir trouvé être un *précurseur* de la suggestion.

Digitized by Google

sont suggérées. Il agit alors sans réflexion, sans résistance, par pure apathie mentale, comme un ressort, dont le déclanchement a été mis en action par une volonté qui n'était pas sienne.

Il y a donc chez certains individus plus ou moins dégénérés, plus ou moins déséquilibrés, bonasses et faibles pour la résistance, des réserves latentes d'influx nerveux *mobilisables* qui sont prêtes à se répandre au dehors, et à produire des actes quelconques bons ou mauvais, comme pendant une période d'obnubilation mentale, tout à fait en désaccord avec leurs habitudes, et cela, parce que ils étaient réunis à leurs semblables, parce qu'ils ont été *entraînés*, comme ils disent, et qu'il fallait hurler avec les loups.

Et tout cela s'est opéré par le fait de l'intervention d'une parole autoritaire qui incontinent a suggestionné le troupeau en marche, soit par la voix, soit par le geste, soit par écrit, et l'a poussé à l'action !

II. Mais, ce n'est pas tout. — Il y a encore des forces de nature purement physique qui entrent en jeu dans tous ces agissements.

C'était émettre une vérité banale, que de dire que l'être humain, l'être vivant engendre à l'état normal certaines unités de chaleur, — que cette chaleur rayonne autour de lui — et, quand il y a un certain nombre d'unités humaines assemblées, ces rayonnements calorifiques modifient la température de l'atmosphère ambiante. Ils s'échauffent les uns les autres.

Mais, les êtres humains ne mettent pas seulement de calorique autour d'eux. — Les recherches modernes commencées par Reichembach, poursuivies par de Rochas, et par mes travaux personnels en Hypnologie, nous permettent d'affirmer, qu'à côté du fluide calorique, il y a de nouveaux agents électriques, magnétiques, qui rayonnent pareillement des êtres vivants et constituent par cela même des forces vives qui s'extériorisent (1) et forment autour d'eux une sorte

(1) Je ne fais que signaler l'action des poissons électriques, les étincelles qui se dégagent dans l'obscurité de la peau du chat et les effluves phosphorescents que l'on constate au fond de l'œil d'un grand nombre d'animaux.

Digitized by Google

d'atmosphère, invisible pour nos yeux, mais visible cependant pour certains individus et pour certains milieux.

Dans mes cours à la Charité, j'ai signalé que le système nerveux des êtres vivants émettait des effluves comparables à ceux qui sortent des barreaux aimantés, et que des yeux, des oreilles, des narines, de toute la surface cutanée des effluves colorés d'une façon variable, visibles dans certaines conditions se dégageaient, — et qu'en un mot, l'être humain *transpirait* par la peau, par le regard et que l'air expiré de ses poumons, son souffle et dégageait un véritable fluide vivant et personnel, représentant ainsi une force rayonnante susceptible de s'extérioriser aussi simplement que le calorique, et dont toute sa masse est le foyer générateur.

Eh bien! ces phénomènes de radiation centrifuge, ces forces caloriques, électriques, magnétiques, neuriques qui font partie des êtres vivants, en général, et de l'homme, en tant qu'individualité, à mesure qu'ils se répandent en dehors, prennent le contact avec les individualités ambiantes similaires.— Il y a une fusion, imprégnation sympathique ou antipathique des êtres vivants qui se touchent ainsi à distance par l'irradiation fluidique, — et l'on est ainsi amené à penser que, quand les êtres sont ainsi rassemblés dans un espace clos, — de même ils s'échauffent les uns les autres par l'irradiation calorique — et de même ils s'électrisent, se fusionnent les uns les autres par les incitations inconsciemment perçues des effluves neuro-magnétiques qui se dégagent de leur système nerveux et de leurs expansions nerveuses sensorielles périphériques.

Il résulte ainsi de toutes ces énergies radiantes un potentiel électro-magnétique très intense, énorme dans sa puissance dynamique qui va former une atmosphère véritable chargée d'électricité nerveuse, apte à produire alors sur des sujets inconsciemment imprégnés, ces effets imprévus et aveugles, qui expriment la tension émotive des foules assemblées.

C'est ainsi, que ces puissances mystérieuses, dans certains cas, entraînent des mouvements sympathiques, des applaudissements frénétiques, alors que la voix de l'acteur

Digitized by Google

aimé détermine dans l'auditoire ces émotions sympathiques, qu'il s'exprime avec animation et qu'il inculque à ceux qui l'écoutent, et qui se dressent attentifs à ses paroles vivantes : L'auditoire est, comme l'on dit, suspendu à ses lèvres.

C'est ainsi que, dans les assemblées publiques plus ou moins tumultueuses, la voix plus ou moins colorée de l'orateur, son geste impératif, deviennent les facteurs vibrants du rayonnement de sa personnalité vivante. — Dans d'autres milieux ce sont encore les mêmes forces qui, dans les classes populaires constituent les mouvements tumultueux des réunions, ces promenades, ces meetings, ces *monômes* parisiens dont nous avons vu maint et maint exemples, tous ces mouvements ne sont que les expressions extérieures de certaines incitations verbales qui donnent le branle au troupeau, et qui, une fois le mouvement communiqué, agit au hasard en criant vive le Roy, — vive la Ligue !

III. Je rappelle encore dans le domaine exclusivement militaire ces phénomènes irrésistibles décrits par tous les auteurs sous le nom de *terreur panique*.

Il suffit, qu'un moment que quelques individus affolés prennent peur, et que leur système nerveux s'oriente dans cette direction imprévue, — les voisins se mettent à l'unisson (comme nous voyons dans nos laboratoires, ces sujets hypnotisés transmettre à leur voisin les émotions expérimentales qu'on leur aura communiquées), et alors, dans ce mouvement de panique on voit l'effroi se généraliser, et les hommes à la débandade se mettre à courir de tous côtés au hasard sans savoir pourquoi. — Et c'est ainsi qu'on a vu des corps d'armée, pris de terreur subite, déserter les champs de bataille amenant ainsi des désastres inattendus — tant il est vrai qu'il suffit souvent d'une légère impulsion survenue dans une tête humaine pour déterminer par son rayonnement rapide une mise à l'unisson du milieu ambiant qui s'en imprègne, obéit, et arrive ainsi à accomplir une série d'actes coupables, inconscients, auxquels il manque d'une façon absolue la sanction de la personnalité consciente (1).

(1) Les animaux sont, comme on le sait, aptes à suivre par entraînement automatique l'impulsion qui leur vient d'un de leurs semblables.— On sait que les oiseaux au moment des migrations annuelles se groupent et s'alignent suivant une ordonnance voulue et suivent docilement leur chef de bande.— Les moutons, les bœufs agglomérés suivent,

Digitized by Google

IV. Voici maintenant le texte du compte rendu, très bien fait, de Scipion Sighèle et qui sert de complément à tout ce que je viens d'écrire à ce sujet (1) :

« C'est une observation banale que les hommes réunis, aussi bien en assemblées parlementaires qu'en auditoires de clubs, jeunes ou vieux, graves ou légers, ne semblent mettre en commun que ce qu'ils ont de mauvais. Comment se fait-il donc, alors qu'il semblerait logique d'admettre que le tout possédât au moins les qualités des parties, que la psychologie d'une foule soit infailliblement la psychologie d'un être inférieur, d'intelligence très médiocre, et toujours porté plutôt au mal qu'au bien ?

« La psychologie des foules est un curieux sujet qui n'a pas encore été traité dans son ensemble. Quelques essais en ont été présentés par différents auteurs, qui n'ont cependant résolu que quelques points de ce problème passionnant. Ainsi M. Tarde a voulu rendre compte, par l'influence de l'imitation — qui n'est autre chose que la suggestion qui s'exerce normalement et fatalement à l'état de veille sur des individus réunis — de l'orientation rapide et souvent inattendue des sentiments des collectivités. Mais l'influence de l'imitation est insuffisante pour expliquer la tendance des foules au mal, et l'on ne voit pas pourquoi une idée généreuse, un bon mouvement ne seraient pas aussi facilement imités que leurs contraires. C'est qu'il faut faire intervenir une autre considération, tirée d'une observation qui

sous la direction d'un chef qu'ils connaissent la direction qu'on leur donne, — et cela avec une docilité moutonnière bien connue. — Mais, à l'état pathologique, ces étranges entraînements des individus isolés arrivent à recevoir un caractère d'intensité des plus saisissants. Sur les champs de bataille et après la lutte, les chevaux abandonnés se rallient entre eux. Ils forment alors de véritables escadrons sauvages, qui hennissent, qui galopent à travers le terrain abandonné, et constituent de véritables avalanches animées qui passent aveuglément sur tout ce qui résiste et constituent un danger de plus pour les pauvres blessés qui ne peuvent pas se dérober.

Zola, dans son livre sur la Débâcle, nous a tracé sur ce point, à propos des événements de Sedan, des pages émouvantes qui mettent en saillie, l'action des forces animales inconscientes en mouvement. L'espèce humaine, l'espèce animale, obéissent donc aux mêmes lois inéluctables, aux mêmes forces aveugles qui animent leur système nerveux.

(1) Un vol. in-18 de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine* ; Paris, Alcan, 1892.

Digitized by Google

peut paraître un peu subtile, très réelle cependant, des personnalités humaines. Cette observation, que chacun peut vérifier, c'est que les hommes diffèrent beaucoup plus par leurs qualités que par leurs défauts ; c'est que les progrès en intelligence, en moralité, progrès pénibles et précaires, se font dans des directions variables, non superposables en général chez les divers individus, tandis que le fonds de leurs aptitudes héritées, ataviques, de leurs aptitudes d'hommes primitifs si l'on veut, se retrouve à peu de profondeur sous le vernis des civilisations, immuable et d'une singulière uniformité. C'est la bête humaine, partout comparable, type inaltérable de l'espèce.

« Ce sont précisément ces aptitudes d'impressionnabilité excessive des hommes primitifs qui sont susceptibles de s'additionner, de se sommer dans les foules, et qui constituent la psychologie de ces êtres collectifs ; car les hautes qualités du cœur et de l'esprit, par lesquelles les hommes se distinguent, du fait même de la différence de leurs directions et de leurs tendances, s'opposent et se neutralisent mutuellement.

« A quoi sert qu'il y ait dans une foule un mathématicien de génie, un profond politique, un subtil psychologue ? Chacun de ces hommes comprend l'humanité d'une façon différente, voit les choses sous un aspect spécial qui n'est pas celui que voit son voisin ; chacun d'eux parle une langue spéciale, et ils ne se comprennent pas mieux entre eux que les hommes incultes au milieu desquels ils se trouvent ne sauraient les comprendre ; mais tous, à des profondeurs plus ou moins grandes de leur inconscient, ont les tendances bestiales de l'ancêtre commun qui tout à l'heure, par suggestion, par l'influence mille fois grossie de la manifestation extérieure, vont faire éclater le vernis de la civilisation, et se réunir dans un effort que rien ne pourra plus arrrêter. Ainsi peut s'expliquer cette sorte de cristallisation qui oriente dans un même sens les passions d'une foule ; ainsi peut s'expliquer aussi pourquoi ces passions sont toujours d'ordre inférieur (1). »

(1) *Revue scientifique*, 6 août 1892.

Digitized by Google

PARALYSIE DE LA VESSIE

ACCOMPAGNANT UNE INFECTION PUERPÉRALE

Guérie par suggestion à l'état de veille.

Discussion de l'Observation.

Par le Docteur Henri GOUDARD (de La Cadière).

Mme B..., 20 ans, habitant Paris, (le mari garde républicain), arrive en août dans sa famille, pour faire ses premières couches.

Le 1er septembre, elle accouche, dans de bonnes conditions, d'un enfant vigoureux. Le travail, au dire de la sage-femme, n'a duré que six heures ; les suites de couches ont d'abord été simples ; Mme B... commençait à se lever.

Le 11, je suis appelé à midi.

Mme B... a eu, la veille, des vomissements verts comme de la purée d'oseille (c'est la sage-femme qui parle). Ce matin, à 10 heures, grand frisson suivi de plusieurs autres à de courts intervalles.

Pouls petit, à 120. Température axillaire 40°. Mme B... n'a pas uriné depuis la nuit. L'avant-veille elle était déjà restée 36 heures sans uriner.

Le ventre est souple, non douloureux. Le vagin et la vulve sont tapissés de plaques grises de mauvais aspect, à odeur caractéristique ; très peu d'écoulement, depuis plusieurs jours déjà.

Il n'a pas été fait d'antisepsie.

Prescription : Injections au sublimé ; sulfate de quinine : 1 gr. 50 en lavement.

Le soir, état grave, respiration pénible, suspirieuse ; pouls petit, très fréquent, température axillaire, 41°. Pas d'urine.

Prescription : Antipyrine 1 gr. 50. — Calomel à doses fractionnées à partir de minuit. Le ventre étant souple et non douloureux, la vessie n'étant pas trop distendue, je ne sonde pas la malade.

Le 12 au matin, après une mauvaise nuit, je constate un fort abaissement de température : 38°5. Toujours pas d'urine, malgré les tentatives répétées de la malade. Je la sonde et je constate que la vessie est absolument inerte.

Je prescris encore un lavement quinique.

Le soir, température 39°. Il y a eu deux selles déterminées par le calomel. Cathétérisme.

Digitized by Google

Le 13 au matin, amélioration générale et locale ; retour des pertes rouges. Ventre sensible au niveau des annexes, de chaque côté. Le vagin et la vulve se détergent rapidement, grâce à une antisepsie rigoureuse.

Toutefois, la vessie continue à rester absolument inerte, sans que je puisse trouver, dans l'examen de l'état local, de raison plausible à cet état de choses.

La malade me dit être très nerveuse, bien que n'ayant jamais eu de crises de nerfs. La sensibilité est moindre à droite qu'à gauche ; il semble y avoir des plaques disséminées d'hypo-esthésie ; c'est tout ce que je constate comme stigmates du nervosisme.

Soupçonnant néanmoins une paralysie d'origine psychique, j'interroge méthodiquement la malade et je découvre que quelques jours avant le frisson, elle avait quitté son lit, trompant la surveillance de l'entourage, et était allée, dans la pièce voisine, faire sa toilette intime à l'eau froide.

La nuit suivante, elle avait rêvé que son médecin qui avait trouvé le bas-ventre en mauvais état : une rétention d'urine de 36 heures avait suivi ce rêve, et elle avait dû prendre les positions les plus bizarres pour arriver à vider sa vessie. Enfin, les vomissements porracés étaient survenus le surlendemain, puis les frissons, etc., tout cela accompagné d'un état des organes externes qui laissait beaucoup à désirer, bien que l'utérus et ses annexes ne fussent ou ne parussent pas douloureux ; l'écoulement lochial s'était arrêté.

Après quatre jours de catéthérisme, sans modification de la vessie qui reste absolument inerte en dépit de toutes les tentatives de miction, la situation, ne me laissant plus aucune inquiétude d'autre part, je dis à la malade : « Votre vessie est paralysée par suite d'un idée fixe dont vous ne vous rendez pas compte, et qui est née du rêve dont vous m'avez parlé. Il faut que ce soir, vous vous endormiez avec la volonté énergique de rêver, cette nuit, à votre situation, et de vous convaincre que tout va bien, et que votre vessie n'a pas de raison de rester paralysée. Vous êtes guérie. Demain vous pourrez uriner. »

Le lendemain, 15, la malade me dit qu'elle a eu envie d'uriner, mais n'a pas pu. Je la sonde et constate que la vessie pousse, je le lui fais remarquer. A deux heures de l'après-midi, elle urine seule à plein jet.

Le soir, en voyant ce résultat que j'attribue à la suggestion d'hier, je lui demande si elle a rêvé, la nuit passée, à sa situation ; elle n'en a aucun souvenir. Je lui mets l'index sur le front et lui dis :

Digitized by Google

« Cherchez dans votre mémoire vos rêves de la nuit ; concentrez-vous ; cherchez bien ; vous aller vous souvenir. »

Au bout d'une minute de concentration : « Je me souviens, dit-elle ; j'ai rêvé que je pouvais uriner *et que j'irais seule à la selle.* »

Effectivement, elle a eu trois selles spontanées dans l'après-midi, ce qui n'avait jamais eu lieu depuis longtemps.

A noter que ma suggestion ne visait pas du tout le rectum.

A dater de ce moment la guérison était définitive et elle se maintient.

Mme B... a repris aussitôt l'allaitement de son enfant que les accidents septicémiques m'avaient fait suspendre, et à l'heure qu'il est tout va bien.

L'observation précédente me semble féconde en enseignements.

Il s'agit là, évidemment, d'une de ces paralysies jadis qualifiées réflexes, aujourd'hui plus volontiers dénommées psychiques.

La genèse en peut être établie comme il suit :

A l'origine un fait matériel : la toilette intime faite à l'eau froide, en cachette de l'entourage ; refroidissement probable des membres inférieurs ; crainte d'être surprise. — Premier résultat : Congestion des organes du petit bassin ; arrêt des lochies. — Deuxième résultat : Influence sur le système nerveux central : d'où le rêve du médecin déclarant malades les organes du bas-ventre ; autrement dit, réflexions de la personnalité du rêve sur l'état pathologique des organes, amenant comme conséquence, en même temps que se développaient les phénomènes d'infection, la paralysie de la vessie et du rectum, et maintenant cet état de choses à l'insu de la personnalité de la veille.

Il est à supposer, ce me semble, que dans nombre de cas de paralysie de la vessie pendant les suites de couches, on pourrait établir semblablement la genèse de l'accident, et obtenir peut-être la guérison, par quelque intervention psychologique du même genre.

Je tiens à faire observer que j'ai procédé exclusivement par suggestion à l'état de veille. J'ai cherché à expliquer au sujet ma manière de voir, et à faire entrer la conviction dans son esprit, en insistant beaucoup sur la fréquence des

Digitized by Google

faits de même ordre. J'ai fait ensuite un appel énergique à sa volonté, à sa puissance de concentration, en lui recommandant de vouloir fortement l'exécution du rêve suggéré (contradictoire du rêve spontané, origine de l'accident). J'ai créé, en somme, une idée fixe consciente, qui, en raison de son incrustation solide, de sa prépondérance et de sa durée dans les sphères de l'idéation consciente, a passé comme telle, dans la personnalité du sommeil et développé le rêve nouveau antagoniste du premier, (en vertu de cette loi très générale que nos rêves portent surtout sur les faits qui ont plus fortement occupé l'esprit pendant la veille). Et, de même qu'un clou en chasse un autre, pour me servir d'une comparaison populaire, de même, l'idée suggérée pénétrant dans la même zone d'idéation que l'auto-suggestion primitive, a neutralisé celle-ci. Il y a là un procédé de suggestion dont on n'a pas beaucoup parlé, que je sache. J'ignore s'il est inédit ; mais je puis affirmer que ce n'est pas la première fois que je l'emploie avec succès.

On pourrait objecter que Mme B.., n'ayant pas uriné dès le réveil, mais dans la journée seulement, cette circonstance diminue la certitude de mon interprétation. Je réponds que dans la plupart des faits de cette nature, les résultats ne sont pas aussi prompts que dans les expériences hypnotiques vulgaires, où la complaisance, tout au moins la passivité du sujet, excluent toute résistance auto-suggestive. Chacun connaît d'ailleurs aujourd'hui le phénomène étudié et connu sous le nom de période d'incubation des suggestions chez les hystériques.

On me permettra encore d'appeler l'attention sur la manière dont j'ai pu rappeler le souvenir du rêve par la suggestion, aidée de la pression digitale sur le sommet du front, chez une femme qui n'a jamais été hypnotisée ni magnétisée et ignore encore ce que c'est que l'hypnotisme ou le magnétisme.

Ce rappel du souvenir est la preuve que j'interprète exactement la cause de la guérison, et il est, par cela même, d'une certaine importance.

Je pourrais faire ressortir, à propos de l'observation qu'on vient de lire, la façon dont nombre de maladies s'accompagnent et se compliquent, chez les nerveux, et peut-être

chez tout le monde, de phénomènes purement psychiques (vrais réflexes cérébraux) en analysant les éléments du complexus pathologique observé chez ma malade ; mais cela m'entraînerait au delà des limites que je me suis imposées. Je me contente de poser la question.

Il y a là un vaste sujet d'études inédites dont les résultats, au point de vue de la thérapeutique, peuvent être facilement entrevus dès à présent.

Dr H. GOUDARD.

(1) L'observation qu'on vient de lire me paraît très digne d'intérêt à plusieurs points de vue et je ne saurais trop la signaler à l'attention de tous ceux qui s'occupent de thérapeutique hypnotique.

1° Il y a d'abord l'intervention du médecin suggestionnant dans le cours d'une maladie aiguë.— C'est un point spécial sur lequel j'ai déjà appelé l'attention et que j'ai mis en pratique, chez une jeune femme atteinte de métro-péritonite avec vomissement, cyanose, constipation — et dont j'ai pu arrêter les accidents à l'heure fixée, et qui a guéri par suggestion.— Seulement je l'avais endormie.

2° La question de pouvoir donner à l'*état de veille* une suggestion utilisable est un point de thérapeutique d'une grande portée et qui peut rendre de nombreux services à tous les praticiens.

3° Il y a encore l'évocation du souvenir de l'état suggestif par l'application du doigt sur la région frontale.—C'est un phénomène déjà connu, mais qui dans certains cas est d'une grande utilité pratique, et qui même peut être utilisé en médecine légale. — Je crois donc qu'il y a de grands avantages à entrer dans cette voie de la suggestion à l'état de veille chez des sujets prédisposés et que l'on y rencontrera bien des applications fécondes.

J. LUYS.



Digitized by Google

LA MUSIQUE ET LA FACULTÉ MUSICALE

DANS LA DÉMENCE

Par Richard Legge, D. M.

Médecin-adjoint, officier médical attaché à l'Asile du comté de Derby.

(*Suite*).

Dans la « melancholia attonita » mélancolie atonique, les facultés esthétiques semblent faire défaut. On ne peut s'attendre à ce qu'un malade qui ne se trouve pas incommodé par des désagréments physiques, qui seraient intolérables pour une personne saine d'esprit, soit sensible aux influences d'un caractère artistique. Parmi les malades atteints de cette maladie que j'ai rencontrés, j'ai trouvé plus d'une proportion normale de personnes qui avaient eu, lorsqu'elles étaient en bonne santé, des goûts musicaux et artistiques.

Dans la paralysie générale, les malades qui auparavant avaient été musiciens ont souvent des idées exagérées de leurs moyens musicaux. Dans deux cas où je fus à même de m'assurer des capacités du malade avant qu'il fût atteint de cette maladie, il y eut perte subséquente de l'oreille musicale.

Le malade continuait à aimer la musique, mais il avait perdu la faculté de chanter dans le ton, ou de dire quand une voix s'écartait du ton, même d'un demi-ton ou plus, et il ne remarquait pas de grosses fautes dans son propre jeu ou dans celui des autres. Un de ces malades avait auparavant une écriture belle et nette ; celle-ci se transforma en une grosse écriture, mal formée et tremblée, mais il n'en remarquait pas la différence.

Comme l'appréciation de la musique consiste à reconnaître les rapports de plusieurs tons entre eux, chaque ton ayant un nombre défini de vibrations par seconde, il n'est pas étonnant qu'elle soit altérée dans la paralysie générale, où il y a un manque du sens de la proportion et de la comparaison, une perversion du jugement, et, peut-être, des troubles musculaires. Chez un paralytique général j'ai observé une altération analogue du sens de la couleur. Le malade voyait jaunes, toutes les couleurs du spectre à gauche du bleu, et il désignait comme bleues ou pourpres celles qui se trouvaient à droite. Cet état survint lors de la maladie et augmenta avec elle. Arrivé aux derniers degrés il paraît que pour lui toutes les couleurs étaient teintées de jaune.

Digitized by Google

Dans la démence, les sentiments esthétiques sont affaiblis, ainsi que les forces mentales, et peut-être plus rapidement que ces dernières. Lorsque la capacité d'apprécier la musique a été perdue, la faculté d'exécuter sur un instrument persiste. Le cas suivant est typique et appartient à cette classification. Une dame de haute éducation et bonne pianiste est devenue très démente ; elle ne reconnaît pas sa domestique et ne peut se diriger en aucune manière. Elle ne fait point attention à la musique jouée autour d'elle et ne va pas de son propre mouvement au piano. Si elle est amenée à cet instrument et que de la musique soit placée devant ses yeux, elle joue aussitôt, lisant de la musique difficile à première vue. Elle joue généralement beaucoup trop vite, et si elle est de mauvaise humeur son jeu est tout à fait bredouillé. Si un morceau à quatre mains est placé devant elle, elle joue d'abord la page de gauche (la basse) ; et ensuite sans interruption la page de droite, le dessus.

Dans les folies partielles, la faculté musicale peut demeurer intacte. Dans un cas, où il y avait des hallucinations du sens de l'odorat, le malade qui était excellent exécutant sur le violon continuait à jouer avec le goût le plus parfait. Dans un autre cas la faculté parfaitement saine de la musique coexistait avec des hallucinations de l'ouïe : le malade entendait des voix imaginaires, mais jamais, autant que je pus m'en assurer, des sons musicaux.

Le rapport qui existe entre l'idiotisme et la faculté musicale est une des parties les plus intéressantes de ce sujet ; mais c'en est une malheureusement pour laquelle je dispose de peu de fonds afin de pouvoir la traiter. J'ai examiné complètement cinquante idiots à des degrés différents d'idiotisme. C'est un nombre trop petit pour nous mettre à même de faire des généralisations appréciables. Parmi ceux-ci, trente paraissaient prendre plaisir à entendre la musique, vingt étaient complètement indifférents, une quinzaine avaient l'habitude de fredonner ou de siffler ou de chanter des airs sans paroles, neuf chantaient des airs avec parole. Cinq parmi les quinze pouvaient aussi articuler des mots correctement, mais sans aucune idée de leur signification. L'une d'entre elles n'avait jamais parlé et était supposée sourde-muette jusqu'à ce qu'on l'entendit chanter un air qu'elle avait entendu chanter par une autre malade. Elle faisait peu attention aux bruits autres que ceux de la musique, même quand ils étaient forts, mais montrait d'ordinaire du plaisir à entendre les sons musicaux. Elle

Digitized by Google

était complètement dépourvue d'intelligence, ne pouvait marcher et ne reconnaissait pas sa gardienne. Quatre, parmi les cinquante, aimaient beaucoup le dessin. Trois faisaient des ouvrages de laine d'un genre bizarre, et moins de la moitié des cinquante paraissaient prendre plaisir à regarder des peintures ou des couleurs brillantes.

Dans l'idiotisme, nous trouvons qu'un sens esthétique rudimentaire existe fréquemment dans certain cas, quand d'autres attributs ordinaires d'ordre mental sont presque, ou absolument absents ; là où il peut n'y avoir ni intelligence, ni raisonnement, là où les appétits ne sont plus qu'un désir brutal pour la nourriture, et où les moyens du malade pour sentir le plaisir ou la douleur se trouvent être beaucoup au-dessous de l'état normal ; et chez les idiots nous pouvons souvent remarquer une certaine capacité musicale qui paraît hors de proportion avec le développement mental général. Je pense que ceci est moins surprenant quand on considère que le sens esthétique se développe de bonne heure chez l'enfant en qui nous pouvons voir un goût bien prononcé pour les airs animés et les couleurs brillantes à un moment où la plupart des facultés ne sont encore que légèrement développées. Il fait aussi son apparition dès un assez bas degré de l'échelle évolutionnaire. Le sens de la couleur existe chez le crustacé. Un sens bien développé de la couleur et l'amour de l'ornementation se rencontrent parmi les oiseaux. Les insectes ont probablement un sentiment du son musical, et les oiseaux sont doués à un remarquable degré d'une oreille musicale, plusieurs espèces étant capables de reproduire exactement les mélodies entendues. J'ai observé une fauvette sauvage dont le chant était une mélodie chantée aussi bien dans le ton, et aussi juste, que la plupart des chanteurs eussent pu le faire.

Il est remarquable, cependant, qu'aucun mammifère au-dessous de l'homme, à l'exception du singe chanteur, ne paraît avoir aucune perception délicate du son (Romanes).

Etant donné l'existence d'un sens esthétique chez l'idiot, je pense qu'il est plus probable d'en trouver l'expression dans la voie de la musique que dans celle d'aucun autre des beaux-arts. Donner au sens esthétique son expression au moyen de la forme dans les arts graphiques, plastiques et dans ceux de la couleur réclame un long apprentissage de l'emploi des outils nécessaires, mais lui donner son expression au moyen de la musique requiert seulement un larynx en bon état de santé

Digitized by Google

et une mélodie à imiter. La poésie requiert l'emploi du langage, un instrument fort difficile, et un des derniers produits du développement.

En fait d'oreille, les idiots ne semblent pas inférieurs aux personnes saines d'esprit qui ne sont pas cultivées musicalement. Je pense qu'il en est de même de leur sensibilité musicale. Pour l'exécution sur les instruments de musique, les imbéciles parfois arrivent à une jolie habileté ; et pourvu que l'imbécillité soit légère et non accompagnée d'un arrêt du développement corporel, il n'y a aucune raison pour qu'un imbécile ne puisse acquérir une bonne exécution musicale simplement mécanique et imitative ; mais comme les plus hautes expressions du sens esthétique comprennent non seulement des émotions d'une grande complexité, mais beaucoup d'entendement pur, ainsi quand il s'agit d'employer la musique comme moyen de faire appel aux sentiments lesplus élevés, la capacitéde l'imbécile bornée à sa puissance mentale, diminue « pari passu » et n'atteint jamais le degré de celui qui est sain d'esprit. Pour la composition, la forme la plus élevée de la faculté musicale, les idiots sont aussi stériles qu'ils le sont dans toutes les autres branches des beaux-arts.

Dans les folies acquises, les plus hautes formes de la faculté musicale (ces formes qui emploient la musique comme un moyen d'exprimer des idées intellectuelles ou les plus complexes émotions) souffrent généralement, comme nous pouvions nous y attendre à priori, les exécutions musicales du malade réfléchissant souvent l'état d'esprit incohérent, défectueux, angoissé ou déprimé dans lequel il se trouve. La sensibilité à l'influence musicale et l'amour de la musique sont diversement affectés selon les différentes folies. La capacité d'exécuter sur un instrument n'est pas généralement très affectée en elle-même, quoiqu'elle soit altérée indirectement par l'état mental du malade. Même dans l'état de démence avancée, les malades peuvent conserver les moyens de lire à première vue et de jouer de mémoire.

L'oreille musicale, autant que je l'ai pu observer, n'est affectée que dans la paralysie générale seulement.

Le cas de l'organiste mentionné ci-dessus paraît être un exemple de retour à un type primitif. Parmi les sauvages, le premier degré de la culture primitive, « au delà de la simple émission de la voix en haut et en bas, sans notes strictement définies se faisant suite les unes aux autres », est « l'exécution d'une seule phrase musicale, laquelle se répète sans cesse ».

Digitized by Google

Une phrase consistant en quelques notes comprenant un court fragment de l'échelle, sera chantée à plusieurs reprises pendant des heures par les australiens-aborigènes. Le degré suivant est l'opposition de deux phrases mélodiques. » (Hubert Parry). Il sera remarqué que la grive dont j'ai mentionné le chant ci-dessus, entrait dans ce second degré, et que l'exécution de l'organiste ne le dépassait pas de beaucoup.

Les considérations sur ce sujet que je crois les plus propres à dédommager l'investigateur sont : L'occurence de la faculté musicale dans l'idiotisme, sa ruine dans la démence, et sa perte ou altération dans la démence paralytique et organique. Mais il y en a d'autres aussi qui peuvent avoir beaucoup d'intérêt pour un observateur qui veut considérer la question au point de vue de l'art, et qui possède comme fonds d'études les aliénés des classes cultivées.



Digitized by Google

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894

Séance du 7 août (matin) 1894.

Des rapports de l'hystérie et de la folie.

(*Suite de la discussion*).

M. Menedlssohn (de Saint-Pétersbourg) défend, contre l'opinion de quelques membres du Congrès, l'importance de la méthode psycho-physiologique en clinique mentale et nerveuse. Il admet avec M. Ballet la nature et l'origine psychique de l'hystérie et croit que si, dans l'hystérie (comme cela a lieu presque toujours), les symptômes convulsifs et viscéraux disparaissent au moment où la maladie mentale se déclare, c'est parce que le cerveau envahi par le trouble mental ne possède plus le degré d'activité nécessaire pour élaborer et extérioriser les symptômes morbides de l'hystérie.

M. Joffroy. — M. Ballet ne veut pas admettre que l'hystérie ne soit qu'une modalité de la dégénérescence ; l'hystérie, selon lui, peut exister chez des sujets indemnes de tout stigmate dégénératif. Ce n'est pas là, je crois, une raison suffisante pour rejeter l'existence de la dégénérescence. Comme la prédisposition, celle-ci peut exister à l'état latent. En effet, lorsque sur vingt femmes qui sont soumises à la même émotion, j'en vois une seule devenir hystérique, il me faut nécessairement admettre, même en l'absence de toute tare névropathique constatable, que cette femme était différente des autres, en un mot que c'était une prédisposée chez laquelle la dégénérescence mentale existait à l'état latent.

M. Brissaud (de Paris). — La divergence des opinions soutenues par MM. Joffroy et Ballet tient, je pense, à ce que tous les auteurs ne donnent pas au mot de dégénérescence la même signification, les uns lui accordant une valeur symptomatique, les autres une valeur étiologique. M. Joffroy confond, volontairement je crois, deux choses absolument différentes : la prédisposition et la dégénérescence. On peut admettre à la rigueur l'existence d'une prédisposition latente, lorsqu'à la

Digitized by Google

suite d'un traumatisme par exemple, on voit un sujet jusque-là bien portant présenter des manifestations hystériques. Mais un état dégénératif dont la connaissance est fondée sur un ensemble de caractères somatiques appréciables ne peut être latent ; s'il est latent, c'est qu'il n'existe pas.

M. Joffroy. — Si M. Brissaud veut se donner la peine de parcourir les observations d'hystéro-traumatisme qui ont été publiées, il verra que presque toujours on a noté chez ces malades l'existence d'un ou de plusieurs stigmates de dégénérescence ; je suis donc autorisé à affirmer qu'il n'y a guère que les dégénérés qui, sous l'influence d'un traumatisme, soient susceptibles de présenter des accidents hystériques.

M. Pitres. — Il n'est pas douteux que les sujets qui deviennent hystériques au moment de leur puberté ont presque tous présenté dès leur plus tendre enfance un certain nombre d'accidents nerveux : crises de hoquets, quintes de toux, attaques syncopales, etc. ; mais ces accidents n'autorisent pas à considérer ces sujets comme des dégénérés. Cette remarque s'applique à plus forte raison aux individus qui sont atteints de paralysies ou de contractures hystériques à la suite de fortes commotions physiques ou morales. Je crois donc avec M. Ballet qu'on peut devenir hystérique sans être un dégénéré.

M. Pierret (de Lyon). — Au cours de cette discussion, je crois qu'on s'est un peu trop occupé des facteurs étiologiques de l'hystérie et pas assez de ses rapports avec la folie : c'est pour ce motif que je vous demande la permission de vous présenter quelques remarques sur la folie hystérique proprement dite, que je n'hésite pas à élever au rang d'entité morbide. Les arguments que j'invoquerai pour défendre cette conception ne sont pas nombreux, mais ils me paraissent devoir emporter la conviction. Personne ne conteste aujourd'hui que certaines attaques d'hystérie ne puissent être remplacées par des crises de manie qui constituent une forme fruste de l'attaque. Il s'agit seulement de savoir si les accès de manie hystérique sont assez caractéristiques pour pouvoir être différenciés des autres variétés de manie ; je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. On peut faire ce diagnostic en s'appuyant : 1° sur la prépondérance des troubles psycho-sensoriels, ainsi que cela s'observe dans les délires toxiques ; 2° sur l'état de semi-conscience des sujets (une interpellation brusque suffit à les sortir de leur rêve et à les ramener temporairement à la vie réelle) ; 3° par la parfaite concordance qui

Digitized by Google

existe entre les différentes formes de l'expression mimique et les conceptions délirantes.

Quand je trouve ces caractères réunis chez une maniaque, je n'hésite pas à diagnostiquer l'hystérie et cela en l'absence de tout renseignement anamnestique, aussi bien qu'en l'absence de toute tare névropathique, de tout stigmate de dégénérescence.

La dégénérescence n'est pas une doctrine médicale, je me ferai un crime de l'enseigner à mes élèves ; en agissant autrement, j'en ferais peut-être de mauvais anthropologistes, mais à coup sûr ils ne deviendraient jamais des médecins.

Des névrites périphériques.

M. Babinski (de Paris), *rapporteur*. — L'histoire des névrites périphériques constitue un sujet fort complexe auquel se rattachent de nombreuses questions théoriques et pratiques. Mais c'est là une tâche trop lourde pour être accomplie dans le court espace de temps que nous pouvons consacrer à cette étude, et nous devons nous contenter d'envisager seulement quelques-uns des côtés de cet important sujet.

Sous le nom de névrites périphériques, de polynévrite, on désigne des altérations nerveuses indépendantes d'une lésion des centres nerveux. On en distingue deux grandes catégories, suivant qu'elles sont d'origine externe ou de cause interne. Les premières sont le résultat d'un traumatisme, d'une compression ; je ne m'en occuperai pas. Les secondes sont provoquées le plus souvent par un agent toxique ou sont le résultat d'une altération dyscrasique du sang : c'est de cette seconde classe de névrites que je m'occuperai exclusivement. Mais avant d'aller plus loin, je dois faire remarquer qu'il n'est peut-être pas une seule variété de névrite de cause interne, sauf la névrite lépreuse, dont on puisse affirmer qu'elle a une origine véritablement périphérique et qu'elle est absolument indépendante de toute modification du système nerveux central.

Il existe, en revanche, un très grand nombre de névrites, en apparence périphériques, qui dépendent en réalité d'une altération légère ou même d'une modification purement dynamique des centres nerveux. Le fait a déjà été démontré par Erb et Remak pour la névrite saturnine ; si la même démonstration n'a pas encore été faite pour les autres espèces on peut cependant invoquer en sa faveur plusieurs arguments.

Digitized by Google

Il ne faut pas perdre de vue dans l'étude de cette question que le cylindre-axe, partie essentielle du nerf, n'est autre chose qu'un prolongement d'une cellule nerveuse dont il dépend étroitement. Le corps de la cellule et ses prolongements constituent les différentes parties d'un même élément cellulaire, et rien n'empêche d'admettre qu'une perturbation de la partie centrale de la cellule, s'y traduisant par des altérations morphologiques très légères ou même imperceptibles, se manifeste exclusivement par des lésions de ses portions périphériques ; cela me paraît d'autant plus acceptable que les parties d'une cellule les plus éloignées de leur centre trophique, c'est-à-dire du noyau ou des régions qui avoisinent le noyau, doivent, selon toute vraisemblance, être les plus fragiles.

A côté de cette hypothèse, il en est une autre que nous devons aussi exposer. Au lieu de subordonner la lésion du cylindre-axe à une modification dynamique de la cellule d'où dépend celui-ci, on peut admettre que certains agents pathogènes impressionnent à la fois ces deux portions de l'élément cellulaire, mais que la portion périphérique, qui est plus vulnérable, traduit seule sa souffrance par des altérations histologiques.

Ces deux hypothèses présentent ce caractère commun, à savoir que toutes deux impliquent l'idée qu'il ne s'agit pas de troubles exclusivement périphériques, mais que les centres nerveux ont eux-mêmes subi une perturbation. Si on les rejette, bien des faits relatifs à l'histoire des névrites périphériques deviennent inexplicables ; elles sont donc utiles, presque nécessaires. Sans l'une ou l'autre de ces deux hypothèses, il est difficile de compromettre le mode de localisation et la nature systématique de certaines espèces de névrites.

Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que l'on trouve parfois, dans la moelle des sujets ayant présenté pendant la vie des troubles nerveux qu'on a l'habitude de rattacher à des névrites périphériques, des lésions plus ou moins marquées ; c'est ainsi que dans quelques observations de paralysie saturnine on a noté l'existence d'altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle. Il faut reconnaître toutefois que ce dernier argument n'est pas absolument décisif. On sait, en effet, qu'à la suite de lésions expérimentales des nerfs, dont l'origine périphérique est incontestable, il se développe parfois, dans les cellules des centres nerveux dont proviennent ces nerfs, des altérations plus ou moins prononcées. Ainsi donc, quand on trouve l'autopsie d'un sujet

Digitized by Google

qui a présenté pendant la vie des troubles nerveux, de grosses lésions de la périphérie des nerfs et des lésions moins marquées dans les centres trophiques, on peut être fort embarrassé au point de vue de l'interprétation des faits, et il est encore permis de discuter sur la valeur relative des lésions des nerfs et des altérations spinales.

Voici donc, selon moi, comment on doit comprendre l'affection à laquelle on donne la dénomination de névrite périphérique. Ce terme, névrite périphérique, ne doit pas impliquer l'idée que les lésions des nerfs sont primitives, qu'elles sont l'origine de tous les troubles symptomatiques qu'on observe et que le système nerveux central ne présente aucune modification. Il signifie simplement que les altérations anatomiques du système nerveux perceptibles par nos moyens d'investigations sont exclusivement localisées dans les nerfs, ou y sont bien plus accusées que dans le système nerveux central. Il y a tout lieu d'admettre, et ce n'est pas là, du reste, une simple hypothèse, que bien des agents qui déterminent des névrites provoquent à la fois une perturbation du système nerveux central et du système nerveux périphérique ; que parfois même ils exercent en même temps, d'une façon directe, leur action pathogène sur d'autres systèmes anatomiques ; que les troubles fonctionnels qu'ils occasionnent sont causés non seulement par des lésions histologiquement perceptibles, mais aussi par des modifications de nature dynamique, et qu'en définitive les lésions des nerfs ne peuvent être considérées comme constituant tout le substratum anatomique de l'affection en question ; elles en représentent seulement les altérations les plus apparentes.

M. Renaut (de Lyon). — Il semble ressortir du rapport de M. Babinski que l'ancienne notion de la dépendance absolue du cylindre-axe par rapport à la cellule — et cela en quelque point que ce soit de son parcours — soit sur le point de reprendre pied, à l'encontre des faits nouveaux mis en lumière par Joffroy, Pierret, Pitres et Vaillard, M. et Mme Dejerine, etc.

Cette conception m'oblige à présenter quelques considérations anatomiques. Un cylindre-axe, encore bien qu'il soit manifestement le prolongement d'une cellule ganglionnaire, doit être considéré, en anatomie générale pathologique, plutôt comme un *membre* de celle-ci (c'est-à-dire comme une portion très différenciée), que comme une simple *expansion* absolument dépendante du conditionnement nutritif et conséquemment du trophisme du corps cellulaire qui l'a fourni.

Digitized by Google

Dans cette conception (largement corroborée par la structure complexe du *filament nerveux*, si on le compare au *filament de Deiters initial*), on peut, on doit même admettre qu'un cordon nerveux est tout à fait disposé pour effectuer des processus réactionnels autonomes; dans nombre de circonstances, alors qu'il est l'objet de certaines actions pathogènes sur un point de son parcours, et surtout au voisinage de ses terminaisons, c'est-à-dire là où son dispositif anatomique spécial varie parfois d'une façon très large.

Si, en effet, au lieu d'étudier la variation subie par le filament de Deiters alors qu'il devient un cordon nerveux chez les animaux supérieurs, on choisit les gros nerfs amyéliniques des cyclostomes, on voit que, dès que le filament axile devient un nerf au sortir du névraxe, il quintuple brusquement de volume pour le moins. Entre ses fibrilles, prend place un abondant protoplasma granuleux. C'est l'agent actif de la nutrition locale, à laquelle concourent aussi les cellules conjonctives de la gaine de Henle. Si chez les animaux supérieurs, l'établissement de ces conditions de nutrition — et secondairement de réaction autonome — n'est pas aussi évident, il n'en est pas moins effectué, ne fût-ce que par le dispositif des segments interannulaires et des anneaux des nerfs, lesquels constituent des voies de nutrition d'un mode nouveau, parfaitement individuel.

Je ne suis donc pas de ceux qui, pour expliquer la réaction locale des cordons nerveux à l'encontre des actions pathogènes, se croient forcés d'invoquer fatalement l'action à distance de la cellule ganglionnaire, dont le cylindre-axe dépend en tant qu'il y a pris son origine première. Je suis encore moins de ceux qui, comme tout à l'heure M. Babinski, font entrevoir une différence possible de constitution entre le cylindre-axe émané d'une cellule sensitive et celui issu d'une cellule motrice ou d'une sensorielle.

La structure des cylindres-axes est une et uniforme, la constitution intime des cellules ganglionnaires l'est aussi. Voilà ce que nous apprend l'anatomie générale par la convergence de toutes ses méthodes. En neurologie, il faut s'en tenir à cela, laissant le reste à la philosophie biologique, c'est-à-dire à l'hypothèse.

Encore est-il qu'en prenant la question de cette façon, on arrive à conclure que toute cellule motrice ganglionnaire est en somme toujours aussi sensitive ; car sans cela elle ne recevrait aucun signal pour mettre son activité excito-motrice

Digitized by Google

en jeu. De même, toute cellule dite sensitive est en quelque chose motrice. Elle l'est du mouvement nerveux qui va exciter la cellule motrice, laquelle est l'instrument de la réaction de l'être vivant déterminée par ses sensations.

Je suis amené à conclure des faits observés que, dans nombre de cas, la réaction du nerf à l'encontre des actions pathogènes qu'il reçoit à sa terminaison ou dans sa continuité, est et demeure toute locale, parfaitement individuelle aussi. Et sans nier l'influence grande de la cellule ganglionnaire sur un nerf dans tout son parcours, j'estime qu'au point lésé le cordon nerveux peut et doit réagir. Il possède un dispositif tout prêt pour cela et le met en jeu de suite, dès qu'il y est suffisamment sollicité.

C'est dire que le processus réactionnel et local du nerf, la *névrite périphérique*, doit conserver son individualité et sa place en neurologie. Seulement, il convient que cette individualité soit bien définie et que cette place soit exactement marquée en pathologie nerveuse. Or, il faut avouer qu'il n'en a pas été tout à fait ainsi jusqu'à présent.

D'une part, la névrite parenchymateuse, avec dégénération du segment périphérique, d'autre part, la névrite segmentaire de Gombault, sont bien connues. Il reste à déterminer la part exacte du tube conjonctif intrafasciculaire et à bien décrire ce qu'il faut désigner par *névrite interstitielle*. Il faut aussi déterminer la part prise, dans les processus qualifiés de névrite, par la gaine lamelleuse et la cavité vaginale : établir et décrire exactement la *périnévrite*.

Les auteurs qui, tandis que les vrais neurologistes travaillaient à établir l'existence des névrites périphériques, se sont précipités sur le mot et ont fait des névrites du plexus cardiaque, par exemple, dans l'*angor pectoris*, sans songer qu'une inflammation n'est pas à retours et qu'une névrite cardiaque vraie tuerait le sujet en quelques heures, ces auteurs, dis-je, ont fait à la question des névrites un grand tort qu'il faut maintenant réparer. On y arrivera en reprenant pas à pas et avec soin et rigueur les lésions périphériques des nerfs, en étudiant notamment les lésions périnévritiques : celles de la gaine lamelleuse et de la cavité vaginale des cordons nerveux. Déjà M. Vanlair, dans un travail très intéressant, vient d'appeler l'attention sur la valeur qu'il faut accorder aux formations hyaline de la gaine des nerfs, que j'ai décrites en 1881. Comme moi-même, il remarque que toujours les nerfs qui renferment des nodules fibro-hyalins renferment des fibres

Digitized by Google

dégénérées. C'est en eux aussi que j'ai vu pour la première fois des fibres à myéline se régénérant dans la continuité, par le mécanisme de la production des *segments courts intercalaires.* Il semble donc bien qu'il y aurait une périnévrite spéciale, à formations hyalines, chez les vieux animaux, chez ceux dont les nerfs ont beaucoup travaillé et ont pendant longtemps subi l'action des grands muscles qu'ils traversent.

Vanlair a vu, de plus, que de telles lésions peuvent être aussi suscitées par la dyscrasie strumiprive. Il y a donc lieu de voir si les dostrophies séniles ne sont pas, à un degré quelconque, développées sous l'influence de lésions analogues et locales des nerfs. Bref, je conclus en affirmant que la question des névrites périphériques ne mérite pas d'être ramenée à un cas particulier du trophisme émané des centres, et que le moment est au contraire venu d'en mettre l'étude de plus en plus à l'ordre du jour.

C'est pour faciliter cette étude que j'indiquerai, vendredi prochain, une nouvelle méthode de fixation interstitielle des nerfs et de leurs gaines. J'espère qu'elle constituera, entre les mains des neurologistes, un puissant moyen d'investigation scientifique.

M. Pitres. — Les nombreuses recherches que j'ai faites avec M. Vaillard ont contribué à établir d'une façon indiscutable l'existence des névrites périphériques Je ne crois pas utile de relater à nouveau ici ces recherches qui ont été déjà l'objet de plusieurs publications ; je me bornerai aujourd'hui à vous présenter la synthèse de ces recherches dans l'essai de classification suivant :

On peut distinguer trois grandes catégories d'altérations periphériques des nerfs. Dans la première je rangerai les névrites de cause générale, toxique ou infectieuse, et dans la troisième les névrites de cause générale, toxique ou infectieuse, et dans la troisième les névrites de cause centrale. Ces trois grandes classes de névrites comprennent chacune un assez grand nombre de variétés.

A la classe des névrites de cause locale appartiennent : 1° la névrite *a frigore* ; 2° la névrite qui succède à une compression interne ou externe d'un nerf (traumatisme, tumeur, etc.) et enfin 3° les névrites qui sont la conséquence de l'habitat d'un élément organique vivant dans un nerf. Le type de cette variété de névrite est celle qui s'observe au cours de la lèpre.

Les névrites de cause générale comprennent deux variétés : 1° les névrites toxiques (plomb, alcool, mercure, arsenic, etc.)

Digitized by Google

et 2° les névrites infectieuses (diphtérie, typhus, tuberculose, fièvres éruptives, grippe, etc., etc.).

Enfin, les névrites d'origine centrale reconnaissent également deux variétés suivant que la lésion préexistante des centres nerveux siège au niveau de la moelle (poliomyélite, tabes, etc.) ou du cerveau (hémiplégie, paralysie générale, etc.).

En terminant, je n'ai pas besoin de faire remarquer que le mécanisme intime de la production de ces différentes espèces de névrites est variable. Celles du premier et du second groupe sont dues à l'altération produite directement par l'agent morbide sur les fins ramuscules nerveux : ce sont de véritables névrites périphériques primitives, au moins dans un très grand nombre de cas. Celles du troisième groupe sont, au contraire, des névrites secondaires, puisqu'elles sont sous la dépendance d'une affection du système nerveux central.

La séance est levée.

Séance du 7 août (soir) 1894.

De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques.

M. Ladame (de Genève), *rapporteur*. — L'assistance des alcooliques réclame avant tout la création d'asiles spéciaux destinés au traitement de l'ivrognerie. Ces asiles publics pour buveurs fondés par l'Etat n'existent encore qu'en Amérique, en Angleterre et en Australie, mais on trouve des asiles privés dans la plupart des pays européens. Il en existe deux dans la Norwège, un en Finlande, trois en Suède, un en Hollande, une dizaine en Allemagne et quatre en Suisse.

L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs. Le personnel et les employés doivent s'y conformer, aussi bien que les pensionnaires. A sa sortie de l'asile l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinent, sous le patronage de Sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidive il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile. Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes. Ils doivent être internés ou détenus dans des établissements spéciaux ; il en est de même des ivrognes dont l'incurabilité ne laisse place à aucun doute et que leurs violences rendent dangereux pour eux-mêmes et pour la société.

Digitized by Google

Telles sont les principales règles qui doivent présider, selon moi, à la création d'asiles pour les buveurs. Mais pour que ces asiles puissent rendre tous les services qu'on en attend et qu'ils ont déjà rendus à l'étranger, il leur faut le concours d'un certain nombre de mesures législatives que je me borne à signaler, car elles sortent de notre compétence. Il est d'abord nécessaire que la loi accorde à ces asiles un droit de détention sur les buveurs qui y seraient internés ; il est en outre indispensable qu'elle s'oppose par tous les moyens à la vente des spiritueux falsifiés ou impurs ; qu'elle frappe de peines sévères les aubergistes qui favorisent l'ivresse de leurs clients, etc.

Les principes médicaux sur lesquels sont fondés les asiles médicaux peuvent se résumer en peu de mots. L'admission d'un buveur, en Amérique du moins, a lieu pour trois à six mois au minimum. Une fois admis, les buveurs sont traités comme des malades du cerveau auxquels on évite toutes les causes d'excitation ou d'irritation : abstinence totale des boissons alcooliques, discipline, travail, etc. Il faut parfois de longues années pour se guérir de l'état neurasthénique que produit l'alcoolisme. D'après les auteurs les plus compétents, un tiers des malades environ y trouveraient une guérison complète et définitive. Crothers compare le traitement des ivrognes dans l'asile aux quarantaines faites par les malades atteints d'affections contagieuses. Il pense qu'on obtiendra encore de meilleurs résultats lorsqu'on aura perfectionné les méthodes actuelles de traitement.

M. Vallon. — Je me déclare absolument partisan de la création d'un asile d'alcooliques : actuellement, en effet, les services d'aliénés du département de la Seine sont encombrés de malades dont les troubles mentaux ont déjà presque complètement disparu lorsqu'ils arrivent dans nos services et qu'on ne peut cependant renvoyer, parce que l'expérience nous a appris que leur sortie sera presque immédiatement suivie de leur réintégration. C'est pour ces buveurs incorrigibles, qui constituent un véritable péril social, qu'il y aurait lieu de créer un asile d'alcooliques.

M. Joffroy. — Je suis d'avis qu'il y a utilité à créer un asile spécial pour les alcooliques, et cela pour plusieurs raisons, dont je ne citerai qu'une seule.

Comment traite-t-on les malades intoxiqués par la morphine ? Par la suppression du poison. Eh ! bien, les alcooliques sont des intoxiqués au même titre que les morphinomanes ;

Digitized by Google

il convient donc de procéder à leur égard comme on le fait avec ces derniers, c'est-à-dire de leur supprimer l'alcool.

Or, pour débarrasser un morphinomane de ses habitudes morphiniques, il faut recourir à l'internement dans un asile ; le même procédé doit être mis en usage pour les alcooliques. Ainsi se trouve justifiée la création d'un asile spécial.

Maintenant, quels sont les alcooliques qu'on devra placer dans cet asile spécial ? Nous savons qu'il y a une quantité d'individus qui sont des sujets prédisposés, chez qui l'alcool joue le rôle de cause occasionnelle pour déterminer l'apparition de troubles mentaux passagers. C'est surtout pour les malades de cette catégorie que l'asile spécial me semble présenter une grande utilité.

Un second point sur lequel je désire m'arrêter un instant est relatif à la construction et à l'organisation intérieure de cet asile. On dit que l'asile d'alcooliques comprendra un quartier réservé exclusivement à ces derniers et un autre quartier où seront traités des aliénés ordinaires. De plus, il y aura des services généraux communs aux deux sections. A cette organisation, je vois de sérieux inconvénients. Que se passera-t-il en effet ? Ce qui arrive dans beaucoup d'asiles et en particulier à Sainte-Anne où j'ai mon service. Le médecin prescrit l'abstinence aux alcooliques ; mais au bout de quelques jours ils sont employés à différents travaux dans l'intérieur de l'établissement et la récompense que l'administration accorde aux travailleurs consiste précisément dans une ration supplémentaire de vin. D'autre part, les travailleurs se trouvent en contact dans les ateliers avec des ouvriers du dehors qui procurent les boissons alcooliques les plus variées à leurs compagnons de travail, quand ce n'est pas le chef d'atelier lui-même qui se charge de les approvisionner d'alcool.

Je crois donc qu'il y a intérêt à ne pas établir de services généraux communs au quartier d'alcooliques et au quartier affecté aux aliénés ordinaires, pour ne pas voir survenir dans l'asile spécial les faits qui se produisent actuellement dans nos asiles et qui sont un obstacle sérieux au traitement des alcooliques.

En troisième lieu, je dirai quelques mots au sujet de la progression constante de l'alcoolisme en France. A quoi tient cette progression ? Tout d'abord à ce qu'on boit maintenant plus d'alcool qu'autrefois et cela dans des proportions extraordinaires. Pour s'en convaincre, il suffit de consulter les statistiques dressées par l'administration et relatives à la con-

Digitized by Google

sommation de l'alcool. Celles-ci démontrent que la progression est constante et va s'accentuant de jour en jour. Laissez-moi, à ce propos, vous citer quelques chiffres. A Paris, la consommation moyenne d'alcool absolu par habitant, pendant l'année 1893, a été de 7 litres environ. A Caen et à Rouen, elle est d'un peu plus de 15 litres et à Cherbourg elle atteint 18 litres. Il s'agit là d'alcool absolu et pour avoir la quantité d'alcool consommé par chaque habitant sous forme d'eau-de-vie, il convient de doubler au moins les chiffres précédents. En outre, il ne faut pas oublier que cette statistique, basée sur des chiffres relatifs à la consommation de l'alcool soumis aux droits, ne tient pas compte de l'alcool introduit en fraude, lequel entre cependant pour une large part dans la consommation.

Parallèlement à l'accroissement de la consommation de l'alcool, se manifeste une augmentation dans le nombre des cas de folie alcoolique, et la fraude n'est pas étrangère à la recrudescence de l'alcoolisme. Nous savons que l'alcool exerce sur l'organisme une action d'autant plus délétère qu'il est moins pur et c'est surtout sur la qualité de l'alcool que s'exerce la fraude. De ce fait, le danger se trouve donc encore accru.

Que pourrait-on faire en face de cette situation, pour parer, dans une certaine mesure, aux dangers qu'elle présente ? Demander aux buveurs de restreindre leurs excès de boisson, c'est une éventualité sur laquelle il n'est pas permis de fonder de sérieuses espérances. Il n'est pas possible non plus de leur demander de ne boire que des alcools de bonne qualité, en raison du prix élevé de ceux-ci. Mais un vœu qu'on peut formuler, c'est de demander à l'Etat de surveiller la fabrication des alcools et de n'autoriser la vente que d'alcools complètement rectifiés. Pour réaliser ce desideratum, il conviendrait d'établir le monopole de l'alcool, l'Etat pourrait ainsi exercer un contrôle plus effectif sur sa fabrication. Par conséquent, création du monopole de l'alcool et surveillance de sa rectification, voilà des réformes que dans un intérêt social nous avons le devoir de réclamer.

M. Deny (de Paris) fait remarquer que si, conformément à l'opinion exprimée par M. Joffroy, on place dans l'asile d'alcooliques tous les prédisposés qui présentent des troubles mentaux, à la suite d'excès de boisson, cet asile spécial sera rapidement envahi par des aliénés ordinaires et ne répondra plus à sa véritable destination.

M. Joffroy réplique que son intention n'a jamais été de

Digitized by Google

confondre les délirants systématisés avec accidents alcooliques surajoutés, par exemple, avec les prédisposés qui font un délire relevant manifestement de l'intoxication par l'alcool et susceptible de guérir par la suppression de l'agent toxique.

M. Doutrebente (de Blois) manifeste quelques craintes au sujet de la qualité de l'alcool qui serait livré à la consommation si l'Etat en monopolisait la fabrication.

M. Joffroy répond qu'on n'a qu'à se reporter aux expériences réalisées à l'étranger et qui ont été exposées dans le rapport de M. Alglave. Celles-ci paraissent avoir donné en Suisse, par exemple, d'excellents résultats, et l'on peut espérer qu'en France il en serait de même.

M. Deschamps (de Paris). — C'est pour répondre aux desiderata qui viennent d'être formulés que le Conseil général du département de la Seine a décidé la création d'un nouvel asile dont 500 lits sur 1,200 seront exclusivement réservés au traitement de l'alcoolisme. J'espère que cette fondation nous permettra de rendre à leur véritable destination les lits des services d'aliénés qui sont actuellement occupés par des ivrognes de profession, et j'exprime, en terminant, le vœu que les médecins, dont le concours ne nous a jamais fait défaut, veuillent bien, lorsque le moment sera venu, nous indiquer toutes les conditions que devra réaliser cet asile spécial pour qu'il puisse rendre les services que nous en attendons.

M. Rouby lit sur l'*alcoolisme en Algérie* un mémoire dans lequel il établit que l'ivrognerie fait beaucoup plus de ravages parmi les colons que parmi les Arabes.

A la suite de cette discussion, le Congrès a émis les vœux suivants :

1° Que des asiles spéciaux soient fondés pour le traitement des buveurs ;

2° Que des mesures législatives spéciales soient prises à l'égard des buveurs d'habitude, qui constituent un véritable danger pour la Société ;

3° Que les médecins aliénistes soient consultés pour tout ce qui concerne la construction et l'aménagement des asiles de buveurs.

La séance est levée.

(*A suivre.*)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

NOUVELLES

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DU CERVEAU

ET L'AGENCEMENT DES FIBRES BLANCHES DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE

Par M. le Dr J. Luys (de Paris).

Communication faite au Congrès de Rouen, 1894.

Les reproductions photographiques que je présente en ce moment au Congrès sont le résultat de l'emploi de méthodes nouvelles de durcissement de la substance cérébrale, immergée successivement dans des bains de bichromate de potasse, d'acide phénique et d'alcool méthylique. L'emploi de ces différents agents donne à la substance cérébrale une consistance particulière en vertu de laquelle on peut isoler nettement les uns des autres les différents paquets de fibres nerveuses qui les constituent et les disséquer par une sorte de clivage naturel. Les fibres cérébrales se laissent ainsi isoler aussi nettement que si elles étaient des fibres ligneuses. Ces nouveaux procédés de préparation anatomique m'ont amené à formuler les conclusions suivantes au sujet de l'agencement général des fibres du cerveau.

L'ensemble des fibres blanches centrales se réduit à quatre systèmes d'éléments fibrillaires :

1° Un premier système est représenté par une catégorie

Digitized by Google

nettement isolée des fibres blanches qu'en raison de leur direction on peut appeler *système des fibres commissurales*. Elles ont une direction transversale. Elles sont bilatérales.

Les unes relient entre elles les portions homologues de chaque lobe cérébral. Elles sont curvilignes, leurs extrémités plongent dans les régions grises symétriques de chaque lobe et leurs portions médianes restent libres. Ce sont les portions médianes juxtaposées de toutes ces fibres curvilignes qui constituent le corps calleux.

Les autres, appartenant exclusivement à un lobe cérébral, relient les diverses régions de ce lobe (Fibres d'association). Elles solidarisent ainsi entre eux différents territoires de l'écorce. Parmi ces fibres il faut citer la circonvolution calloso-marginale, qui est effectivement une grande commissure antéro-postérieure ; et ce groupe spécial de fibres arciformes que l'on voit en dehors du corps strié et qui unit les unes avec les autres les régions antérieures et les régions postérieures du même lobe.

2° Un deuxième système, qu'en raison de ses connexions on pourrait appeler *système de fibres cortico-thalamiques*, est constitué par tout un ensemble d'éléments rayonnés qui relie les différents territoires de l'écorce à la couche optique.

Ces fibres, que l'on peut nettement disséquer, depuis leur origine dans l'écorce jusqu'à leur point d'aboutissement central, offrent toutes une direction nettement convergente. Elles se groupent au pourtour de la couche optique, comme les rayons d'une roue autour du moyeu.

Les postérieures se dirigent d'arrière en avant (fibres de Kolliker) ; les supérieures, de haut en bas (fibres de la couronne de Reil). Les antérieures, qui viennent des régions correspondantes de l'écorce, affectent une direction antéro-postérieure. Elles plongent, pour arriver à leur centre de convergence, directement à travers la substance grise du corps strié, qu'elles divisent ainsi en deux segments. Ce sont ces fibres cortico-thalamiques antérieures, disposées en fascicules stratifiés, que l'on décrit journellement sous la dénomination impropre de *capsule interne*.

Cet ensemble de fibres blanches cérébrales, une fois qu'elles ont abordé leur centre d'aboutissement, se disposent en filaments grisâtres et vont directement se perdre,

Digitized by Google

les unes dans les noyaux isolés de la couche optique, les autres dans la *substance grise centrale* qui tapisse les parois du troisième ventricule.

3° Le troisième système de fibres blanches cérébrales, insuffisamment décrit jusqu'ici, est constitué par une série de fibres blanches, ayant leurs origines communes avec les précédentes au sein des différentes régions grises de l'écorce, et allant se disperser dans la masse du corps strié et celle des noyaux sous-optiques.

En raison de ses connexions, ce système spécial des fibres blanches pourrait être justement dénommé *système des fibres cortico-striées*.

Les fibres qui le constituent ont toutes une direction nettement convergente. Les postérieures se dirigent directement d'arrière en avant, les supérieures de haut en bas, les antérieures d'avant en arrière. Elles arrivent ainsi par ce mouvement d'ensemble à se grouper comme les branches d'un éventail en dehors du corps strié qu'elles emboitent sous le nom de *capsule externe*. Une portion d'entre elles constitue les plis convergents de l'insula.

Au point de vue de la terminaison de ce système de fibres dans les régions centrales, ce groupe spécial de fibres offre un grand intérêt.

Tandis qu'une portion d'entre d'elles va se perdre dans les différents noyaux de la masse même du corps strié, une autre portion, le quatrième groupe, poursuivant son trajet convergent, va plus profondément, et s'épuise successivement en se perdant dans les différents noyaux gris centraux étagés de haut en bas, depuis les noyaux rouges de Stilling dans les noyaux gris que j'ai décrits sous le nom de bandelettes accessoires des noyaux de Stilling (corpus Luysii) jusqu'aux noyaux gris des olives bulbaires (régions sous-thalamiques).

Il résulte de cette disposition remarquable des fibres blanches cérébrales, laquelle jusqu'ici n'a pas frappé l'attention des anatomistes, que les différents territoires de l'écorce sont, non seulement reliés aux noyaux centraux opto-striés, mais encore à toute cette série de petits centres gris, des régions de l'isthme, de la protubérance et du bulbe qui constituent pour l'écorce une série de petits centres d'aboutisse-

Digitized by Google

ment avec lesquels elles se trouvent en relations directes. La sphère de rayonnement de ces territoires de l'écorce est donc ainsi beaucoup plus étendue qu'on ne le suppose généralement.

Ce groupe spécial de fibres descendantes pourrait être appelé *groupe des fibres cortico-sous-thalamiques.*

Ce sont elles qui sont communément décrites en partie sous les dénominations de *fibres de l'expansion pédonculaire* (1).

La preuve que cet ordre de fibres descendantes est bien d'origine cérébrale, c'est que la masse de l'expansion pédonculaire dans la série des vertébrés est proportionnelle à la masse même des hémisphères cérébraux, et non pas à celle de la moelle épinière ; c'est chez l'homme qu'il atteint son maximum de masse.

Quant au rôle physiologique de chacun de ces systèmes de fibres blanches, il peut être conçu de la façon suivante:

On peut dire que ces fibres transversales ou commissurantes peuvent être considérées comme servant à l'unité d'action des régions homologues de chacun des deux lobes cérébraux.

Les fibres cortico-thalamiques peuvent être considérées comme les voies de diffusion dans une direction centrifuge, des différents ordres d'incitations sensorielles irradiées des noyaux gris thalamiques, vers les différents territoires de l'écorce (fibres sensorielles, analogues aux racines postérieures de la moelle épinière).

Les fibres cortico-striées, au contraire, peuvent être considérées comme destinées à ramener vers les régions motrices centrales (le corps strié) les incitations à direction centripète conçues dans les différents territoires psycho-moteurs de l'écorce. Ces deux systèmes solidarisés se complètent ainsi et constituent un couple sensitivo-moteur (fibres centrifuges analogues aux racines antérieures de la moelle).

Quant au groupe des fibres-sous-thalamiques, son rôle physiologique est encore aussi peu connu que celui des noyaux centraux dans lesquels ces fibres vont se répartir.

(1) J'ai décrit récemment dans une communication récente faite à l'Académie des sciences (octobre 1994), un faisceau spécial descendant faisant partie de ces fibres sous-optiques, et allant directement se perdre dans les substances grises des corps olivaires du côté correspondant. (Sera plublié plus tard).

Digitized by Google

TUMEUR OCCUPANT LES RÉGIONS CENTRALES DU CERVEAU

Par le Dr Thomas Savill (1).

Ferrier démontra le premier en 1876 que les lésions de la circonvolution de l'hippocampe pouvaient déterminer de l'anesthésie du côté opposé. Les travaux de *Horsley* et de *Schafer* sur le trigone cérébral ont prouvé que là encore serait localisée l'impression de la douleur et du tact (1888).

L'auteur nous cite une observation qui paraît confirmer les conclusions de ces derniers physiologistes et qui constitue dans la littérature de la pathologie du cerveau le deuxième cas connu jusqu'à ces jours de lésion de la région du trigone.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, marchand ambulant de profession, qui entra dans le service du Dr *Savill* le 1er janvier 1892. Cet homme n'a jamais été malade, mais il est alcoolique. Pas de troubles psychiques. Il y a 3 ans seulement, il commença à avoir de singulières crises assez espacées d'ailleurs; leur description se trouve plus loin.

Mais depuis, la situation devint plus grave. Il y a 8 mois cet homme fut atteint d'une hémiplégie gauche, sans troubles de la parole ni autres symptômes, pouvant faire croire à une hémorrhagie cérébrale.

C'est à ce moment seulement qu'il prit la résolution de s'adresser à l'auteur et d'entrer dans son service pour s'y faire soigner. A l'examen, dit l'auteur, le malade ne présente aucun trouble psychique ; il s'exprime parfaitement bien. Nous constatons un affaiblissement dynamométrique et une certaine rigidité dans la main et le pied gauches. De plus, nous trouvons la sensibilité fort diminuée dans cette main. L'impression tactile est également émoussée ; elle est d'ailleurs normale dans le pied gauche et les autres parties du corps. Le réflexe rotulien droit répond bien, mais il est lent et faible du côté gauche. Malgré la faiblesse des membres supérieur et inférieur gauches, le malade peut encore marcher, quoique avec une certaine difficulté.

La pupille gauche est dilatée et réagit peu à la lumière, mais les nerfs crâniens ne présentent pas de symptômes de paralysie.

Le 7e jour de son entrée, le malade a eu une crise que l'auteur a eu l'occasion d'observer. La crise s'annonça par une

(1) Brain 1892, III-IV.

Digitized by Google

sensation bizarre « de l'eau froide qu'on aurait fait couler sur toute la moitié gauche du corps ».

Cette sensation ne dura que quelques minutes, après quoi survinrent des contractions dans la jambe gauche, la tête se rejetait en même temps à droite par une succession de mouvements cloniques et les yeux étaient violemment tournés vers ce côté. Ces contractions cloniques s'étendirent peu après aux membres gauches, les membres droits s'étant pris d'une rigidité tonique. Peu à peu le malade perdit conscience ; ses yeux étaient grands ouverts, les conjonctives très sensibles. La crise dura une dizaine de minutes en tout, après quoi le malade revint à son état normal.

Le 9e jour le malade eut deux crises, le 10e une seule et le 12e une seule. Le 13e jour de son entrée le malade devint d'humeur peu sociable et méchante. Il cherchait querelle à tout le monde et pour des riens. Quelques troubles psychiques s'étant manifestés le transfert du malade dans une maison spéciale fut jugé nécessaire. Trois jours après son internement, il mourut dans le coma.

Autopsie.— L'autopsie a révélé la présence d'une tumeur occupant le segment postérieur du cerveau et se trouvant notamment dans la substance du trigone cérébral. Cette tumeur, qui a été reconnue pour un sarcome, était sphérique et avait la dimension d'une petite mandarine. Elle n'était pas bien délimitée au milieu de la substance cérébrale et avait infiltré les tissus avoisinants, en particulier, en bas et en dehors. La zone de ramollissement déterminée par la présence de la tumeur envahissait les lobules paracentral et quadrilatère. De plus, cette tumeur empiétait un peu sur les faces postérieure et supérieure du ventricule latéral.

L'auteur émet l'idée que la partie postérieure du trigone serait le centre cérébral pour les sensations tactiles de la main (1).

J. G. N.

(1) Il est étrange qu'une tumeur aussi volumineuse n'ait pas donné de symptômes plus apparents pendant tout le cours de son évolution. Les indications de l'auteur au sujet de la localisation de cette tumeur avec le trigone ne me paraissent pas acceptables. Les fibres du trigone cérébral ne sont que des appareils secondaires, des simples fibres convergentes qui relient les hippocampes à la substance grise centrale. L'appareil principal qui est en jeu ici, c'est la couche optique dans ses régions postérieures, et principalement dans les points où passent les nerfs de la sensibilité allant au lobe quadrilatère, lequel est principalement ramolli. D'après mes observations ce lobe quadrilatère me semble être un rapport avec la réception des impressions de la sensibilité. A ce point de vue, cette observation ainsi commentée devient digne d'intérêt.

J. L.

Digitized by Google

DE L'EMPLOI DE L'AIMANT DANS LA THÉRAPEUTIQUE

Par W. Hamond (de New-York).

Que l'aimant puisse exercer une forte influence physiologique sur les animaux, et même sur les plantes, est un fait que l'expérience a définitivement établi, bien que généralement il en soit fait peu de cas par les médecins. La raison de cette négligence doit sans doute être attribuée à cette circonstance, que ceux qui ont promulgué la science du magnétisme ont mélangé tant de balle, avec le grain de froment, que ce dernier s'est trouvé égaré à cause de la grande superfluité de la première.

Ce sujet fut étudié, il y a plusieurs années, par le baron von Reichenback, homme non seulement doué d'une science profonde, mais qui de plus était tenu en grande considération par Liebig et d'autres savants éminents. Il accomplit un grand nombre d'expériences sur des sujets névrotiques des deux sexes et quoique beaucoup de choses qu'il déduisit de ses recherches puissent être regardées comme erronées, on ne peut rigoureusement en dire autant de toutes ses conclusions. Par exemple, chacun peut facilement se convaincre de la vérité de l'observation suivante (je me suis à plusieurs reprises assuré de son exactitude) :

« Si un fort aimant, pouvant soutenir environ dix livres est dirigé de haut en bas sur les corps de quinze ou vingt personnes, sans les toucher effectivement, on en trouvera toujours parmi elles, quelques-unes qui seront excitées d'une façon particulière. Le nombre d'individus qui se trouvent être sensitifs de cette manière est plus grand qu'on ne se l'imagine généralement. La sorte d'impression produite sur ces personnes excitables, qui d'ailleurs peuvent être regardées comme en parfaite santé, est difficile à décrire : Elle est plutôt désagréable qu'agréable, et combinée à une légère sensation de courant d'air frais, ou d'une chaleur douce, que les malades s'imaginent sentir sur eux. Quelquefois ils ressentent des tiraillements, des picotements ou ont la chair de poule ; quelques-uns se pleignent de soudaines attaques de céphalalgie ; non seulement des femmes, mais des hommes à la fleur de l'âge se trouvent être très sensibles à cette influence ; chez les enfants, elle se fait sentir quelquefois d'une façon très active.

Il est indubitable que de semblables expériences soient susceptibles de conduire à des résultats très décevants. Tout

Digitized by Google

le monde est plus ou moins apte à recevoir l'impression du « principe de la suggestion », ce qui consiste en ce que les sujets voient et sentent, selon ce qu'on attend d'eux, ou selon qu'il leur est dit de voir ou de sentir. Mais même quand les expériences sont faites en prenant toutes les précautions pour se mettre en garde contre l'influence de ce facteur, des phénomènes qui ne diffèrent pas essentiellement de ceux observés par Reichenback se produisent. Pour vous en donner un exemple, je citerai l'expérience suivante faite depuis seulement quelques jours.

Un Monsieur âgé de 30 ans et d'une nature nullement impressionnable découvrit son bras droit, à ma requête, relevant la manche de sa chemise jusqu'à l'épaule, et l'étendit de toute sa longueur sur une table. Je pris alors un mouchoir et lui bandai étroitement les yeux, lui exprimant le désir qu'il voulût bien me dire quelles sensations il ressentirait dans ce bras au cours de l'expérience. L'ayant ainsi induit à concentrer son attention sur cette partie de sa personne, je tins un fort aimant en forme de fer à cheval, en contact presque immédiat au-dessus de sa nuque et à environ un pouce d'intervalle avec la peau.

Au bout de trente-deux secondes à ma montre, il dit : Je ne sens rien du tout au bras, mais j'éprouve une étrange sensation d'engourdissement derrière le cou. Dix secondes après, il s'écriait : Il semble maintenant que vous me promenez un verre ardent derrière le cou. J'enlevai l'aimant et lui demandai s'il ne sentait rien au bras. Non, répliqua-t-il, je ne crois pas.

Tandis qu'il parlait, j'amenai vivement l'aimant au-dessus de sa tête et en même temps je lui frappai le bras avec un coupe-papier. « Je sens que vous me frappez le bras avec quelque chose, dit il, mais l'engourdissement que je ressentais au cou a disparu et se trouve être maintenant juste au-dessus de ma tête. »

J'éloignai alors l'aimant et je le fis mouvoir au-dessus du bras, de l'épaule au bout des doigts à la distance d'un pouce ou à peu près de la surface de la peau. Après deux ou trois passes de la sorte, il dit : Maintenant je sens quelque chose au bras ; j'éprouve une sensation telle que si vous me piquiez le bras avec des épingles, quoique cela ne me blesse nullement. Maintenant il me semble que le verre ardent me brûle légèrement tout le long du bras.

D'autres modifications de l'expérience furent faites, et tou-

Digitized by Google

jours avec un résultat semblable. Il était évident que l'aimant produisait des sensations irritantes sur les parties du corps où sa proximité n'était pas soupçonnée.

Reichenback supposait que de tels phénomènes et d'autres qu'il décrivait, étaient dus à une force qu'il était le premier à reconnaître, et laquelle, prétendait-il avait son siège dans le corps de la personne. Il l'appelait la force odie od ou odyle. Quand elle existait à un haut degré, les sujets étaient regardés comme sensitifs, et pouvaient exhiber des effets encore plus étonnants par l'action des aimants que ceux dont il est déjà fait mention. Ces sensitifs étaient presque invariablement des individus de forts tempéraments névrotiques, et des femmes pour la plupart. Selon son dire, il préférait celles qui étaient fréquemment incommodées par des céphalalgies périodiques, surtout par la migraine ; celles qui se plaignaient d'oppression temporaire de l'estomac, ou celles qui dormaient mal, sans cause apparente ; celles qui rêvaient tout haut pendant le sommeil ou qui étaient agitées pendant la nuit, subissant l'influence de la pleine lune ; celles qui étaient rapidement indisposées dans les églises et les théâtres, ou celles qui étaient très sensibles aux odeurs fortes. Quand de telles personnes étaient conduites dans une chambre noire dans laquelle plusieurs aimants étaient placés, elles étaient capables au bout de quelques minutes de déterminer les positions précises de ces objets par les rayons lumineux émanant de leurs pôles.

Je cite les extraits suivants d'une lettre écrite par M. Volpicelli, de Rome, à M. Chevreul, de Paris, comme expliquant à la fois et les effets de l'aimant et la nécessité de se mettre en garde contre une duperie, même involontaire, de la part du sujet.

« Un médecin, dit ce correspondant, possédant une excellente réputation, affirme que si un aimant est mis en contact avec un sujet nerveux, le magnétisme occasionne des effets perturbateurs et dérange notablement la santé. Pour ma part, je doute que ces troubles soient dus, en aucune façon, à l'influence magnétique, dont je ne conteste pas cependant la réelle existence, mais je les attribue à l'imagination de la personne. Je fus invité par un savant professeur médical à faire des expériences sur un sujet nerveux, à l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome. J'acceptai l'offre courtoise, mais au lieu d'un aimant, j'apportai un morceau de fer qui n'était point du tout magnétisé. Le malade n'eut pas plus tôt

vu ce fer, qu'il fut saisi de violentes convulsions. Son imagination avait subi une telle excitation que nous pûmes observer des troubles nerveux poussés à leur plus grande intensité.

« Je fis une seconde expérience. Un aimant fut placé dans la main d'une personne également affectée d'une maladie nerveuse. Au bout de quelques secondes, elle devint si violemment excitée que je me vis obligé de l'enlever. Je me sentis convaincu que le trouble nerveux était produit par la simple vue de l'aimant et point par une action magnétique quelconque, et plusieurs jours après, je pus acquérir, par certains moyens, la conviction du fait suivant. La même personne fut invitée à présider une réunion scientifique. Je pris de puissants aimants et les plaçai sous sa chaise, dans le tiroir de sa table, et même sous ses pieds, sans qu'il eût le plus léger soupçon de mes préparatifs. Pendant la séance, qui dura plus de deux heures, il n'eut quoi que ce fût en fait de troubles nerveux ; et aussitôt après le meeting, répondant à la demande que je lui en fis, il me déclara qu'il se sentait parfaitement bien. Lorsqu'on lui apprit qu'il avait été entouré de puissants aimants, il manifesta à la fois de la surprise et de la frayeur, comme s'il n'était pas tout à fait sûr d'être en parfaite santé. »

Mais l'essai le plus philosophique et en même temps le plus pratique de l'action du magnétisme sur les êtres vivants est celui du Dr John Vansant. Ses expériences furent faites, et sur des plantes qui ne pouvaient être suspectées d'être influencées par le principe de la suggestion et sur des insectes ou autres animaux de l'ordre le plus inférieur, de même insensibles à toute influence, enfin sur des individus, mais en calculant les circonstances, afin d'éviter tout soupçon de l'action d'aucun facteur autre que le magnétisme.

Le Docteur Vansant employait de petits aimants d'acier, pouvant soutenir environ une once de fer, se terminant par des bouts très pointus, et munis pour la commodité du maniement d'une poignée en bois au milieu. Comme le journal du Dr Vansant n'est pas généralement accessible, je cite en raison de l'importance du sujet, d'après ses documents, la description suivante :

« Mon attention fut pour la première fois dirigée particulièrement sur le sujet de cette communication dans l'hiver de 1866, quand j'eus l'occasion d'observer qu'une petite baguette d'acier magnétisée « dont les extrémités étaient extrêmement pointues », si elle était mise soigneusement en contact avec

Digitized by Google

une ampoule d'une vive sensibilité, qui avait été produite accidentellement sur un de mes doigts par un pinçon, donnait lieu, quand le pôle Sud était appliqué, à une sensation aiguë momentanée, et semblait rendre l'ampoule plus douloureuse lorsque l'aimant était retiré. Quand on faisait usage de la même manière du pôle Nord, aucune sensation n'était ressentie au moment du contact et après l'éloignement de l'aimant la douleur primitive se calmait d'une façon notable. Frappé par ce phénomène, et cependant doutant presque de mes propres sensations, je commençai par m'informer s'il était possible de reconnaître une différence entre les deux extrémités d'un aimant au moyen de quelque organe particulièrement sensible dans sa condition normale. A l'essai, je trouvai que la membrane conjonctive de l'œil indiquerait, par sa sensibilité, par quel pôle elle était touchée. Je pouvais poser avec soin l'extrémité pointue Nord de la baguette magnétique sur cette membrane sans douleur, ou clignotement d'yeux, mais dès l'instant où le pôle Sud était appliqué, n'importe avec quelle délicatesse, j'éprouvais une sensation aiguë et un léger clignement involontaire de la paupière. L'effet était faible, mais évident. L'expérience fut répétée sur l'œil d'une autre personne le même jour et donna des résultats semblables. Après cela je fis de nombreuses expériences avec des aimants de différentes formes et puissance (bien que jamais avec de très gros) appliqués à des parties différentes du corps et ainsi j'observais une série déterminée de symptômes après chaque application faite de la même manière à une partie donnée, pourvu qu'un laps de temps suffisant se soit écoulé entre les applications pour que l'organe soit revenu à son état ordinaire. Finalement j'achevai de me convaincre de l'authenticité des phénomènes. J'acquis la certitude qu'ils ne devaient point être attribués à l'imagination et qu'ils étaient aussi réguliers et constants dans la manière dont ils se présentaient que ceux qui suivent l'administration de toute substance médicinale.

Les expériences du Dr Vansant avaient pour la plupart un caractère physiologique. Il fait mention cependant de trois cas pour lesquels l'aimant fut employé comme agent thérapeutique, et avec effet immédiat. Ainsi : « M. J. R., un Monsieur d'une organisation assez délicate avait une névralgie dans la partie supérieure du côté de la figure. J'appliquai le pôle Nord d'une petite barre aimantée qui pouvait à peine soulever une demi-once par un de ses pôles pendant quel-

Digitized by Google

ques secondes sur l'endroit douloureux. Au bout d'environ dix minutes il dit que la douleur était augmentée et localisée. J'appliquai alors le pôle Sud de la même manière et quelques minutes après il déclara que la douleur avait presque cessé. Ce Monsieur s'attendait à être soulagé par la première application.

M. M..., un homme fort dépourvu d'imagination, avait une névralgie faciale d'origine infectieuse. J'appliquai le pôle du même petit aimant décrit ci-dessus, pendant environ une minute. Au bout de cinq minutes il se plaignit de ce que la douleur était pire.

Je fis alors une application du pôle + et en moins d'une minute le mal céda presque entièrement. Au bout d'une heure environ, il y eut un nouvel accès de douleur, mais très amoindri comme intensité. Cette personne aussi était induite à attendre du soulagement par la première manière d'adaptation.

« Mme S. — Une dame d'une sensibilité remarquable, mais possédant ùn grand empire sur elle-même, souffrait d'une névralgie atroce des nerfs aboutissant au côté gauche du bassin. La veille, j'avais fait, près de l'endroit douloureux, une injection sous-cutanée avec le quart d'un grain de sulfate de morphine, dont l'effet fut de produire une très grande dépression des forces vitales, mais non de soulager la douleur, qui continua à être ressentie pendant la semi-conscience qui suivit. A cette occasion, sans qu'il y eût de la part de la dame la moindre connaissance de ce que je faisais, je passai lentement, pendant environ dix secondes, sur le tiers supérieur de la cuisse le pôle d'une baguette d'acier fortement magnétisée de quatre pouces de longueur sur un tiers de pouce de diamètre. L'effet fut surprenant et alarmant. La douleur changea de position, se répandit et remonta, mais ne fut pas soulagée. Un état de stupeur survint, sa repiration était oppressée, une pâleur mortelle envahit son visage, ses traits devinrent contractés, ses yeux enfoncés et demi-clos ; le cœur battait faiblement, et la surface du corps était froide et couverte d'une sueur visqueuse. L'effet dépressif ressemblait beaucoup à celui qui avait été produit par la morphine le jour précédent, mais était même plus marqué. Tous ces symptômes se manifestèrent dans l'espace de quelques minutes. Après avoir attendu environ quinze minutes, j'appliquai l'autre pôle, le pôle + pendant la même longueur de temps, à un endroit un peu au-dessous de la jointure de la hanche, et en peu de temps, de

Digitized by Google

nouveaux symptômes se manifestèrent. La douleur fut en apparence augmentée et plus localisée ; les extrémités froides, mais la sueur fut arrêtée, la respiration plus profonde, les yeux naturellement fermés et tous les signes de dépression commencèrent à se dissiper. »

Ces extraits du journal très intéressant du Dr Vansant sont suffisants pour montrer les résultats de ses recherches.

Je viens maintenant vous mettre au courant de mes propres observations.

Au contraire du Dr Vansant, qui se servait de barres magnétiques, j'ai trouvé que la forme en fer à cheval, telle que celle des aimants exposés ici, était plus efficace. Il est préférable aussi de les avoir tous de la même taille, car alors ils peuvent être liés ensemble, et leur force en est très augmentée.

Les pôles peuvent être séparés en faisant en sorte d'incliner l'aimant afin de mettre un pôle en contact plus rapproché de la surface que l'autre. De plus, la barre magnétique perd bientôt son magnétisme, tandis que l'aimant en fer à cheval, si celui qui le possède le garde dans un endroit convenable, ne subira aucune détérioration pendant des années d'un emploi constant. Quand il est judicieux d'agir avec grand effet sur une partie très limitée du corps, des aiguilles peuvent être fixées à l'un des pôles ou aux deux à la fois, ou placées entre une paire d'aimants. Quand deux ou plusieurs aimants sont réunis en un seul, l'on doit prendre soin que tous les pôles nord et les pôles sud se correspondent ; autrement leur puissance en serait très réduite.

J'ai, pendant ces deux dernières années, employé, dans ma pratique de la médecine, les aimants, et d'une façon considérable, surtout dans le traitement de la névralgie. Mais c'est seulement depuis peu que je m'en suis servi pour le traitement de la chorée et de la paralysie. Ce sont ces dernières classes de cas que je me propose de traiter dans cet article en tant que ce qui concerne l'influence thérapeutique de l'aimant.

Chorée.

1er Cas.— A. C., âgée de dix ans, devint affectée de la chorée, autant que l'on peut l'affirmer, vers le 5 juillet de cette année même. Elle arriva le 21 août se mettre sous mon observation. A cette époque il y avait une agitation continuelle de tous les muscles du tronc et de la face. Elle avait perdu la faculté de la

Digitized by Google

parole. Au moyen d'un joug enveloppant le cou et les épaules, j'attachai deux aimants en fer à cheval pouvant chacun soutenir quatre livres de fer, de telle manière que l'un était appuyé sur la région cervico-dorsale de l'épine, et l'autre sur le sternum, les pôles étant dirigés de haut en bas. Les aimants furent appliqués à 1 h. 30 m. le 22 août. A 1 h. 55 m. tous mouvements choréiques avaient cessé. A une heure 57 m. elle prononça quelques paroles : Oui, non, je ne sais pas. A 2 h. 05 m. elle dit : « Je voudrais aller à la maison maman. » Les aimants furent alors enlevés. Jusqu'ici, et nous sommes le 15 septembre, il n'y a eu aucune rechute.

2e Cas. — Semblable au premier, mais la malade pouvait parler. Les aimants ne produisirent aucun effet, quoique appliqués à plusieurs reprises. La malade guérit avec de l'arsenic à hautes doses.

3e Cas. — J. T., une jeune fille, âgée de onze ans, me fut amenée le 1er septembre, afin d'être traitée pour la chorée. Le cas était unilatéral, les mouvements étant limités au côté gauche. Mon aimant fut appliqué à la partie antérieure de la cuisse gauche et l'autre à la région cervicale de l'épine. Les mouvements cessèrent au bout de onze minutes. Point de rechute.

4e Cas. — W. L., un garçon âgé de sept ans, choréique depuis trois semaines, mouvements généraux. Point de résultat par les aimants. Guéri en douze jours par l'arsenic.

5e Cas. — C. D., garçon âgé de neuf ans, choréique depuis deux mois, très débilité, n'étant point capable de marcher sans tomber à plusieurs reprises, mouvements généraux, aucun résultat par l'emploi des aimants, guéri au bout de deux semaines par l'arsenic.

6e Cas. — R. D., une fillette âgée de neuf ans, choréique depuis six semaines, mouvements généraux ; point de résultat par les aimants.

7e Cas. — J. L., une fille âgée de huit ans, choréique depuis six semaines, mouvements limités à la face et au cou. Point de résultat par les aimants. Encore sous le traitement de l'arsenic. Amélioration.

8e Cas. — D. C., un garçon âgé de huit ans, choréique depuis un mois, mouvements généraux, point de résultat par les aimants, quoiqu'ils fussent appliqués à plusieurs reprises et laissés pendant une heure ou plus à la fois.

9e Cas. — C. W., un garçon âgé de sept ans, choréique depuis trois mois, mouvements limités aux mains et à la figure. Aucun résultat par une application répétée des aimants.

Digitized by Google

En résumé, j'ai employé l'aimant pour neuf cas de chorée. Pour deux d'entre eux, les effets furent remarquables, des guérisons complètes s'étant produites en quelques minutes. Pour les sept autres aucun résultat n'eut lieu. Il est probable que des observations ultérieures démontreront que des variations dans la force des aimants ou le mode d'application seront avantageuses.

(*A suivre.*)

LÉSIONS ATROPHIQUES CÉRÉBRALES

DANS TROIS CAS DE PIEDS BOTS DATANT DE L'ENFANCE

—

Pied bot équin à gauche. Atrophie consécutive du lobe paracentral droit.

La nommée Catherine T., morte à l'âge de 69 ans. Salle Saint-Paul, 17. — Elle est atteinte d'un pied bot équin à gauche à la suite de convulsions, à l'âge de 7 ans, et depuis lors elle est restée boiteuse.

Le pied gauche est dans l'extension. Il forme avec la jambe presque une ligne droite.

Les deux malléoles font saillie en avant, où l'on sent parfaitement la mortaise tibio-tarsienne; en arrière le calcanéum touche la face postérieure du tibia.

Les orteils sont déjetés en dehors et dans une demi-flexion.

La marche se faisait sur le bord interne du gros orteil et du premier métatarsien.

C'est donc un pied bot équin valgus.

La jambe et la cuisse sont manifestement atrophiées. A la jambe, l'atrophie porte surtout sur le jambier antérieur et sur l'extenseur commun des orteils. Les muscles péroniers et les muscles de la partie postérieure de la jambe ont leur volume ordinaire. Cette atrophie du muscle jambier antérieur et extenseur commun répond bien à la déformation.

Le membre supérieur est entièrement respecté. Il en est de même de la face et des sens.

L'intelligence a toujours paru intacte.

Cette malade a succombé à une bronchite généralisée.

Autopsie. — L'examen seul du cerveau a été fait. Rien à noter du côté de la voûte du crâne et de la dure-mère. La masse encéphalique ayant été enlevée, le cerveau fut examiné avec soin.

Digitized by Google

Les méninges ne présentent aucune lésion, pas de traces d'adhérences ; il y avait un état de pâleur généralisé.

Les deux lobes ayant été isolés par une incision médiane, et à chacun d'eux les méninges ayant été enlevées avec précaution, on procéda à la pesée de chacun d'eux.

Le lobe droit, celui qui correspond au membre atrophié, était notablement moins pesant de *dix* grammes que son congénère. Il y avait dans le corps strié, les régions de la couronne rayonnante, un véritable ramollissement probablement dû à une thrombose artérielle ; les artères étaient en général très athéromateuses.

La morphologie générale de ce lobe était à peu près régulière, sauf certaines circonvolutions amincies çà et là, avec élargissement des sillons. Mais, le fait capital de l'observation, c'est l'état très notable d'*atrophie* du lobule paracentral qui comparé à son congénère, présentait une dépression des plus notables avec des irrégularités à sa surface. Le lobe carré n'offrait aucune particularité notable, si ce n'est un élargissement de la scinure pariétale externe. Le lobe droit pesait 475 grammes. Le gauche pesait 485. Sa contexture était plus ferme et son examen morphologique ne présenta aucune particularité notable à signaler.

Il y a encore un fait notable à signaler à propos de l'encéphale de cette femme, c'est l'état inégal des deux hémisphères cérébelleux. Dans ce cas, les deux hémisphères cérébelleux, pesés isolément avec soin, ont donné le résultat suivant : l'hémisphère cérébelleux gauche pesait dix grammes de moins, soit 70 grammes, que son congénère droit, qui pesait 80 grammes.

La loi de l'action croisée, atrophiante, qui d'un hémisphère cérébral atrophié retentit sur le lobe cérébelleux du côté opposé, a encore dans ce cas trouvé une confirmation satisfaisante.

J'ajouterai à ce document que ce fait de l'atrophie très notable d'un lobe paracentral consécutive à une atrophie infantile d'un membre, n'est pas isolé. — J'ai depuis, sur deux cerveaux appartenant à des sujets atteints de pieds bots rencontré, soit des atrophies semblables, de la région paracentrale, soit surtout des *atrophies concomitantes* de la frontale supérieure.

Ces faits d'atrophie centripète consécutifs à des atrophies périphériques du système nerveux retentissant à la longue sur la région centrale, sont dignes de fixer l'intérêt des psy-

Digitized by Google

chologistes. J'ai noté que chez certains amputés j'ai constaté à la longue, des troubles psychiques très significatifs ; des modifications dans le caractère, des accès d'emportement, et de fureur même, et un état mental tout nouveau en rapport avec les modifications naturelles survenues dans le substratum organique.

J. Luys.

CHRONIQUE DE L'HYPNOTISME

Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille. Communication à la Société médico-chirurgicale de Liége, par le professeur Xavier Francotte.

Depuis les travaux de Charcot et de ses élèves, le mutisme hystérique est bien connu et la littérature en renferme de nombreux exemples.

Ce mutisme peut se compliquer de surdité : sous cette forme, il n'a pas été souvent observé. Je crois donc qu'il y a quelque intérêt à faire connaître le cas que je viens de rencontrer.

Un ouvrier fondeur, âgé de 35 ans, se présente à mon cabinet, le 9 juin dernier, accompagné de sa femme.

Le malade me fait signe qu'il n'entend pas, qu'il est incapable de parler et me tend une lettre dont voici la reproduction :

« Cette lettre, c'est pour vous faire connaître le commencement de ma maladie. L'an dernier, j'ai été malade par un enlèvement de sang au cerveau ; j'étais vraiment devenu fou. Cette année, c'était encore le même. J'étais guéri, mais en allant chez le Dr Wal, à Herstal, en m'en allant, un chien m'a mordu à la jambe : je m'ai saisi : au lieu d'aller chez le Docteur, j'ai monté sur Liége et là, on m'a pris comme fou ; on m'a conduit chez le commissaire, à la maison de ville et là on m'a interrogé ; mais pas de réponse. Seulement, j'ai pu écrire encore pour pouvoir donner mon adresse ; on m'a reconduit en voiture à Vottem par la police. Depuis cela, je n'entends plus, ni parler. »

J'interroge sa femme pour confirmer et compléter les renseignements du malade.

Sauf une fièvre typhoïde dont il a été atteint à l'âge de neuf

Digitized by Google

ans et qui n'a pas laissé de traces, le sujet n'aurait jamais été malade antérieurement et ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire.

Il est très sobre, très rangé, ce qu'atteste également le patron chez lequel il travaille.

Au mois de juillet 1893, sans cause connue, il a été pris à son travail « de fièvre chaude », de délire : il était tout perdu, parlait à tort à travers, ne savait plus ce qu'il faisait. Au bout de deux ou trois jours, il se trouva guéri et put reprendre son métier comme d'ordinaire.

Le 22 maï dernier, vers deux heures de l'après-dînée, étant sorti un moment de l'atelier, échauffé et en transpiration, il se serait refroidi : il s'est mis à frissonner et a présenté de nouveau du délire.

Lorsqu'on le ramena le soir chez lui, il était calme, mais ne paraissait pourtant pas complètement présent : il se plaignait de violentes douleurs d'estomac.

Après huit jours, bien que toujours assez faible, il voulut reprendre son travail : il se rendit à cet effet, chez le médecin, à Herstal.

Mais, en route, il fut assailli par un chien qui le mordit à la jambe. Il éprouva une vive frayeur et tout égaré, au lieu de se diriger vers la demeure du médecin, il prit le chemin de Liége. Son air singulier attira l'attention de la police, qui le conduisit à la permanence. Là, le malade se trouva incapable d'entendre et de parler. Comme il nous l'a raconté après, il se souvient mais très vaguement, de ce qui s'est passé alors.

On le ramena à son domicile et vers minuit il recouvra la parole et l'ouïe. Il n'en a pourtant pas conservé le souvenir, parce qu'il était toujours fort égaré.

Le vendredi 1er juin, la surdité et le mutisme se reproduisirent et le même jour le malade revint complètement à lui.

Depuis lors, — il y avait 9 jours au moment de sa première visite chez moi, — il n'a pas proféré une seule parole, émis le moindre son et n'a plus rien entendu. Pour s'expliquer, il a eu recours à l'écriture. Sa conduite ne présente plus rien d'anormal, il boit bien, mange bien et n'accuse aucun malaise.

Examen du malade. — Le teint de la peau est pâle : la physionomie a une expression peu intelligente, le front est un peu fuyant.

Les pupilles sont égales, sensibles à la lumière et à l'accomodation.

Digitized by Google

Pas de troubles du côté des nerfs crâniens : la langue, les lèvres présentent leur motilité normale.

La musculature est assez bien développée ; la sensibilité est partout intacte.

L'examen des oreilles ne révèle aucune anomalie : le malade fait signe qu'il n'entend pas la montre appliquée sur le front ou sur les oreilles.

On invite le malade à parler : il fait quelques mouvements irréguliers des lèvres, n'émet aucun son.

Je lui demande par écrit pourquoi il ne parle pas. « J'ouvre bien ma bouche, répond-il, également par écrit, mais je ne puis rien faire sortir. »

Il reconnaît tous les objets et écrit successivement le nom de ceux qu'on lui présente.

A la seconde visite chez moi, le 13 juin le malade présente toujours le même état : la surdi-mutité persiste absolument complète.

Je lui annonce par écrit que je vais le magnétiser, mais il fait signe qu'il ne comprend pas.

« Je vais vous endormir pour vous rendre l'ouïe et la parole. » Le malade ne fait pas de résistance.

J'essaye d'abord de l'hypnotiser par le regard : comme l'effet tarde à se produire, je l'invite à fixer l'extrémité brillante d'un esthésiomètre de Brown-Sequard. Le sommeil n'arrive toujours pas.

Mais, je remarque que le malade est fort ému : il tremble ; sa face est pâle, couverte de sueur. J'introduis alors, à deux reprises, l'esthésiomètre au fond de la cavité buccale, je l'applique sur les deux oreilles et d'un ton impératif, je dis au malade en le fixant : « Vous entendez : dites *a*. » En effet, il émet le son indiqué, avec une certaine hésitation. Je lui fais dire alors : « Je parle » ; il répète, toujours un peu hésitant et avec ce timbre guttural propre aux sourds de naissance auxquels on a appris à parler par la vue des mouvements d'articulation.

« Vous entendez maintenant », lui dis-je. « Oui, reprit-il j'entends un peu parler. » — « Vous allez entendre complètement et parler comme auparavant. » Peu à peu, le malade se remet de son émotion et finit par parler avec la plus grande aisance.

Il me répète toute son histoire. Il assure que l'ouïe était tout à fait perdue : » Je n'entendais pas plus qu'un morceau de bois. Les jours derniers, mes camarades m'ont éprouvé de toutes façons, mais je n'ai jamais rien entendu. »

Digitized by Google

L'abolition de la parole observée chez notre malade présente tous les caractères du mutisme hystérique.

Il ne s'agit pas d'aphonie, car l'aphonique reste capable de parler à voix chuchotée (1). Il ne s'agit pas non plus d'aphasie, attendu que, dans ce cas, le sujet fait des efforts pour parler et réussit presque toujours à émettre au moins certains sons, à prononcer certaines syllabes.

L'apparition brusque du mutisme, le fait qu'il a cessé quelques jours pour reparaître ensuite, sa disparition sous l'influence de la suggestion, démontrent suffisamment sa nature purement dynamique.

La cause occasionnelle du mutisme, dans notre observation, a été une vive frayeur : c'est le facteur étiologique le plus communément noté.

La cause prédisposante réside sans doute dans l'hystérie.

A vrai dire, c'est une hystérie latente, puisque le malade n'a offert aucun stigmate et que, sauf deux accès de délire passager, il n'a jamais été atteint d'aucun accident nerveux.

De pareils cas ne sont pas absolument exceptionnels : *Lœwenfeld* (2) en reconnaît l'existence et *Pitres* (3) déclare que le mutisme est souvent un accident isolé, qu'on peut l'observer chez des sujets qui n'ont jamais eu d'autres symptômes névropathiques et qui ne présentent aucun des stigmates révélateurs de l'hystérie.

Il nous serait assez difficile d'interpréter le délire transitoire que le malade a présenté à deux reprises différentes : les renseignements que le malade et sa femme nous ont fournis, sont en effet des plus incomplets et des plus vagues. On peut en chercher la cause dans l'état neuropathique dont le mutisme a été la manifestation.

Quant à la surdité, elle paraît constituer une complication assez rare du mutisme hystérique. En 1887, *Mendel* (4), qui en a publié un exemple, n'avait trouvé que deux cas consignés dans la littérature.

(1) C'est en se fondant sur la disparition de la voix chuchotée dans le mutisme hystérique que *Solis Cohen* a proposé le terme de *Apsithyria* (*a* privatif, *psithuros* chuchotement) pour désigner ce dernier.

(2) Lœwenfeld. *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie*. Wiesbaden, 1894, p. 470.

(3) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*. Paris, 1891, p. 369.

(4) *Ein Fall von Taubstummheit bei einem Hystero-Epileptiker*. *Neurolog. Centrabl.* 1887, p. 409.

Digitized by Google

L'un, publié par *Ball* (1), concernait un homme de 26 ans qui, à la suite d'une dispute avec sa belle-mère, devint subitement sourd-muet et présenta de l'anesthésie du côté gauche. La guérison se produisit au bout de 19 jours, par application du courant galvanique. Après 14 mois, sans cause appréciable, il se produisit une récidive de courte durée. Huit semaines après, nouvelle rechute plus longue.

L'autre cas a été relaté par *Delie* (2) : un garçon de 13 ans devient sourd à la suite d'un coup de bâton sur la face postérieure du crâne. L'examen ne révèle aucun symptôme objectif. Après 8 jours, retour de l'ouïe ; deux mois plus tard, à la suite d'une chute dans l'eau, la parole se rétablit également.

Dans l'observation de *Mendel*, un homme de 51 ans, sujet à toutes sortes d'accidents hystériques, présente une surdi-mutité qui existe depuis 15 mois, interrompue chaque jour par un retour à l'état normal persistant pendant trois heures de la matinée.

Cartaz reconnaît également la rareté de la surdi-mutité hystérique : il signale cependant une quinzaine de cas publiés par *Gradenigo* : lui-même en a relaté deux exemples en 1886 et il en rapporte un troisième tout récent (3).

Dans ce cas, il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une vive discussion avec une camarade d'atelier, reçut sur la joue gauche un vigoureux soufflet et qui, à partir de ce moment, cessa de parler et d'entendre. La guérison s'est faite rapidement sous l'influence de l'application d'un courant galvanique sur la paroi pharyngée et sur le cou.

(1) *L'Encéphale*, 1881, p. 15.

(2) *Revue mensuelle de laryngologie*, etc., 1886, n° 10.

(3) *Deux cas de surdité hystérique. Revue de laryngologie de Moure*, 1er juin 1894.



Digitized by Google

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894

Séance du 8 août 1894.

Des rapports du tabes et des névrites périphériques.

M. Babinski. — Je désire vous exposer aujourd'hui aussi succinctement que possible les relations qui existent ou que certains auteurs ont cherché à établir entre le tabes et les névrites périphériques.

Les lésions de l'ataxie locomotrice consistent, comme on le sait, surtout en une sclérose des cordons postérieurs, en une dégénérescence des racines postérieures, en des altérations de la substance grise de la moelle et du bulbe, en une atrophie des nerfs optiques et enfin en des névrites dont on doit surtout la connaissance à Pierret, Dejerine, etc.

Quelle est la relation qui existe entre ces diverses lésions ? La plupart des pathologistes s'accordent aujourd'hui à reconnaître que les lésions des racines postérieures sont secondaires et celles des cordons postérieurs primitives. Il y a cependant quelques dissidences. Certains auteurs ont soutenu que la sclérose des cordons postérieurs résultait d'une dégénérescence secondaire consécutive à l'altération des racines postérieures. Cette manière de voir ne me paraît pas exacte ; en effet, d'une part, il n'est pas prouvé que le processus anatomique de la sclérose tabétique soit identique à celui de la dégénération secondaire, et, d'autre part, il est établi que la sclérose des cordons postérieurs peut exister sans que les racines postérieures soient nettement altérées.

Ce que l'on peut dire, c'est que les fibres des cordons postérieurs qui dégénèrent dans le tabes appartiennent principalement au système des fibres radiculaires. Mais quel est le point de départ de l'altération de ces fibres ? Il était tout naturel de le chercher dans les centres trophiques des fibres en question, dans les ganglions cérébro-spinaux. Cependant les résultats des investigations anatomiques, sauf dans quelques cas exceptionnels, ont été négatifs.

Digitized by Google

Si l'on veut, néanmoins, continuer à soutenir que des altérations ganglionnaires sont l'origine de la dégénérescence des fibres radiculaires, il faut invoquer l'existence de lésions dynamiques ce qui n'est jusqu'à présent qu'une pure hypothèse.

Passons maintenant aux altérations du système moteur. Leur point de départ peut être localisé, à titre d'hypothèse, comme celui des lésions du système sensitif, dans les cellules nerveuses. Les altérations périphériques des fibres motrices peuvent être attribuées à une modification dynamique des cellules dont ces fibres dérivent, c'est-à-dire des cellules motrices de la moelle et du bulbe. Dans certains cas les modifications cellulaires sont plus profondes et de dynamiques elles deviennent organiques.

Cette hypothèse étabit une relation étroite entre les altérations périphériques et les altérations centrales du système moteur. D'après cette conception, l'agent du tabes exercerait d'abord son action pathogène sur certains centres cellulaires en y produisant des modifications dynamiques ou des modifications organiques dont les altérations des fibres des nerfs et de la moelle ne seraient que la conséquence.

Enfin, la dégénération des fibres du nerf optique serait aussi sous la dépendance de quelques modifications plus ou moins appréciables de leur centre trophique.

Une opinion toute différente a été émise. On a supposé que les altérations des nerfs étaient primitives et que les lésions cellulaires qu'on observe parfois n'en étaient que la conséquence et se développaient par le mécanisme de la névrite ascendante. Le tabes, dit M. Dejerine, apparaît de plus en plus comme une maladie des nerfs périphériques, sensitifs ou moteurs.

Je rappellerai cependant qu'il n'existe pas encore une seule observation de névrite d'origine externe ayant donné naissance à des lésions spinales comparables à celles qui appartiennent au tabes. Je ferai observer ensuite que les polynévrites alcoolique, saturnine ou diphtéritique ne paraissent pas capables de donner naissance à la maladie de Duchenne.

M. Pierret. — Depuis près de vingt-cinq ans j'ai publié un grand nombre de travaux sur le tabes ; je n'y reviendrai pas, je désire seulement consigner aujourd'hui les principaux résultats qui découlent de mes recherches.

J'ai montré en premier lieu que le tabes dorsalis vrai était une maladie systématisée et j'en ai fourni la preuve en éta

Digitized by Google

blissant qu'à côté des lésions de l'axe médullaire il existait dans cette affection des altérations du cerveau et des nerfs : le premier, j'ai décrit l'existence fréquente, au cours du tabes, de névrites cutanées. Toutes les parties du système nerveux sont donc altérées, à des degrés divers, dans le tabes et il serait tout aussi inexact de le considérer comme une affection du système nerveux central que d'en faire une maladie exclusivement périphérique.

Mais il y a un second point que je désire mettre en relief, parce qu'il prouve une fois de plus les nombreux liens qui unissent la pathologie mentale à la neurologie.

Quelle doit être la dominante symptomatique d'une affection qui porte son action sur l'ensemble du système nerveux ? Elle se traduira surtout par des phénomènes douloureux, sensitifs ou sensoriels extrêmement pénibles. Or, ces phénomènes, contrairement à l'opinion commune, retentissent fréquemment sur l'intelligence et finissent par déterminer l'apparition, chez les vieux tabétiques, de véritables délires à forme hypémaniaque ou à forme de délire de persécution. J'en ai rapporté plusieurs exemples. On peut observer également dans les mêmes conditions les différentes variétés de délire qui caractérisent la paralysie générale progressive, lorsque l'extension des lésions tabétiques du cortex a donné naissance à une véritable méningo-encéphalite secondaire.

Des psychoses dans les polynévrites.

M. Régis (de Bordeaux). — A propos de la question des polynévrites, je désirerais dire un mot des troubles mentaux qui y sont parfois associés.

Plusieurs auteurs, surtout étrangers, ont décrit, comme on sait, des troubles mentaux de la polynévrite. Ces troubles mentaux peuvent se présenter avec des manifestations délirantes et hallucinatoires variées, mais leur symptôme fondamental est l'obtusion, la *confusion mentale*, pour employer l'expression maintenant courante. Cette confusion mentale se traduit essentiellement, comme tous les auteurs l'ont fait remarquer, et en particulier Charcot pour la polynévrite alcoolique, par une perte de la mémoire massive, écrasante, portant plus spécialement sur les faits récents et actuels, si intense parfois que les malades, lorsqu'on leur pose une question, l'oublient immédiatement, comme ils perdent le souvenir des premiers mots d'une phrase qu'ils commencent, du repas qu'ils viennent de faire, etc., etc.

Digitized by Google

Si l'on est tout à fait d'accord sur les caractères symptomatiques de l'état mental dans la polynévrite périphérique, en revanche on ne l'est point sur sa pathogénie. Certains auteurs, comme Korsakoff, font de cet état mental une manifestation spéciale à la polynévrite, d'où le nom de *cérébropathie toxémique* ou *psychose polynévritique*, qu'ils lui ont attribué. D'autres, tout en reconnaissant qu'on le rencontre assez fréquemment dans la polynévrite, n'admettent pas qu'il lui soit spécial, encore moins subordonné, et considèrent que trouble mental et polynévrite sont deux conséquences possibles d'une même cause, l'intoxication ou l'infection.

Certains faits dans lesquels le même trouble mental s'est observé à la suite d'une maladie infectieuse sans coexistence de polynévrite, joints aux nombreux faits que l'on connaît de polynévrite sans le moindre désordre intellectuel, sont très probants à cet égard.

En voici un, du même ordre, que je viens d'observer tout récemment.

Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une angine diphtéritique grave, présenta une obtusion mentale des plus manifestes. A peine rentré au corps, au mois d'avril 1894, il fut atteint d'une nouvelle maladie infectieuse, la rougeole, qui, dès la période d'incubation, aggrava notablement son état psychique en y ajoutant un élément mélancolique accompagné de tendance au suicide. A la fin du mois de mai, ce jeune homme, de nouveau en convalescence, revint chez lui et comme il ne s'améliorait pas au point de vue cérébral, on me l'amena le 10 juillet. Il est hébété ; on lui parle, il n'a pas l'air de comprendre et fait répéter la question. Avant d'y répondre, il a l'air de réfléchir, puis il parle lentement, en mots coupés, hachés, espacés les uns des autres par de courts silences, comme s'il cherchait dans l'intervalle ce qu'il va dire. Il a oublié bien des choses, notamment les détails de ses deux infections, sur lesquelles il ne donne que des renseignements très vagues ; il ne sait ce qu'il a fait la veille et dans la journée ; il ignore s'il a mangé. Il se rappelle beaucoup mieux les souvenirs anciens, notamment les leçons d'école et l'écriture sténographique apprise autrefois, mais il serait fort embarrassé, dit-il, pour expliquer les installations électriques dont il s'occupait peu avant son tirage au sort. La mémoire, du reste, n'est pas seulement atteinte ; il y a chez lui adynamie psychique générale intense, car la moindre opération de la pensée nécessite un effort et un temps relativement consi-

Digitized by Google

dérables. L'équation personnelle, mesurée à ce point de vue par M. Rivière, a donné un retard double de la normale. A côté de cette obtusion, on trouve encore chez le malade un certain degré de dépression mélancolique sans délire, conscient, presque logique, qui lui fait désirer la mort plutôt que de rester indéfiniment dans cet état d'infériorité mentale.

Tel est, depuis près de huit mois, l'état psychique du malade, ce qui prouve combien sont profonds et durables les retentissements des maladies infectieuses sur le système nerveux.

Or, ce malade, dont l'état mental est manifestement l'état mental caractéristique de la *psychose polynévritique*, n'a jamais eu de polynévrite, ou plutôt il n'en avait jamais eu jusqu'ici, lorsque le 24 juillet, à la suite d'un refroidissement léger, il se présente à nous avec un peu d'arthrite de l'épaule gauche, de vives douleurs spontanées du bras de ce côté, exagérées par le moindre mouvement, enfin une hyperalgésie au toucher du nerf cubital tout le long de son trajet. La plupart des nerfs des membres sont douloureux, en particulier les nerfs cubitaux, les nerfs circonflexes, les cruraux. Certains points des masses musculaires sont également douloureux. Il y a aussi quelques troubles de la sensibilité, notamment de l'hypoesthésie symétrique au niveau des épaules.

Je laisse aux neurologistes le soin de décider si, dans ce cas, on peut supposer que ces manifestations d'ailleurs incomplètes et peu intenses de polynévrite sont imputables à l'infection déjà ancienne et de nous dire s'il existe des précédents de ce genre. *A priori*, cela peut être et il me semble qu'étant donné la persistance si longue des troubles post-infectieux, on peut admettre que l'infection laisse après elle et pour longtemps une disposition éminemment favorable aux polynévrites, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle.

Quoi qu'il en soit et s'il y a réellement ici un début de polynévrite, je tiens à faire remarquer que cette polynévrite n'est survenue que près de huit mois après l'apparition de l'obtusion mentale et que, par conséquent, on ne peut la considérer comme véritablement liée au trouble mental.

Ce fait vient donc à l'appui de cette opinion que la psychose dite polynévritique est tout simplement une psychose infectieuse, et je suis de ceux qui pensent, par conséquent, que polynévrite et psychose sont deux manifestations différentes

Digitized by Google

de la même cause, l'intoxication ou l'infection, susceptibles de se présenter suivant les cas, soit isolées, soit associées.

La séance est levée.

Séance du 10 août (matin).

Hallucinations oniriques des dégénérés.

M. Régis. — La rareté des hallucinations chez les dégénérés héréditaires, notamment chez les persécuteurs, est un fait bien connu ; il existe cependant des dégénérés, se rapprochant par bien des points des persécuteurs, qui sont assez sujets à des hallucinations : je veux parler des dégénérés mystiques. Voici les principaux caractères de leurs hallucinations.

Ce qui ressort tout d'abord de leur examen, c'est que le plus souvent ces hallucinations ont lieu la nuit et durant le sommeil. On peut cependant les observer le jour dans des conditions particulières telles que l'extrême fatigue, la méditation, les longues prières, l'extase, etc., c'est-à-dire dans les états comparables au rêve : c'est pour cette raison que je les ai appelées *hallucinations oniriques* ou hallucinations de rêve.

Le second caractère des hallucinations mystiques, c'est d'être intermittentes,de ne se renouveler qu'à des intervalles de plusieurs jours, de plusieurs semaines, quelquefois même de plusieurs années.

En quoi consiste l'hallucination onirique ? C'est un ensemble d'hallucinations, une sorte de scène hallucinatoire suivie, cohérente, complète, à type toujours uniforme. Une apparition surgit aux yeux du malade, le plus souvent animée et céleste, mais toujours environnée d'une clarté plus ou moins brillante. Presque toujours une voix s'élève et dicte au malade dans la langue mystique ce que le ciel attend de lui, en un mot elle lui révèle sa mission. D'habitude le mystique recueille avec ferveur ces paroles qui lui serviront désormais de guide ; il s'enhardit parfois jusqu'à entrer en conversation avec l'apparition. Dans certains cas,surtout chez les hystériques, le rapprochement entre la créature et l'être surnaturel devient plus étroit ; il y a possession, incarnation, etc.

Ainsi, les diverses hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher, du goût, de l'odorat sont susceptibles de survenir et de se succéder dans la vision mystique.

Cette participation de tous les sens indique assez que les

Digitized by Google

hallucinations oniriques sont des hallucinations pyscho-sensorielles et non de pures représentations mentales.

Il n'est pas nécessaire de dire que les hallucinations oniriques ne sont pas exclusives aux dégénérés. Elles peuvent, en effet, se rencontrer chez tous les aliénés à délire mystique, notamment chez ceux qui sont atteints de folie systématisée religieuse, mais ici elles occupent pour ainsi dire l'arrière-place, dominées qu'elles sont par le délire et les hallucinations diurnes habituelles. On les rencontre encore dans l'alcoolisme, dans les psychoses infectieuses et, d'une façon générale, dans tous les délires toxiques.

Confusion mentale, amnésie continue et anesthésie généralisée chez une hystérique ; résultats de l'expérience de Strumpell.

M. Séglas (de Paris) rapporte, au nom de M. Bonnus et au sien, l'observation d'une malade âgée de dix-neuf ans, hystérique, anesthésique totale et présentant un certain degré de confusion mentale dont le principal symptôme était l'amnésie sous la forme rétro-antérograde et continue.

L'occlusion simultanée des yeux et des oreilles (expérience de Strumpell) détermine un état de sommeil particulier, précédé de contractures, de secousses cloniques, de modifications respiratoires s'accompagnant de contractures mobiles, de frémissement des paupières, d'un retour de la sensibilité et de la mémoire pour tous les faits en apparence oubliés, en un mot d'une activité intellectuelle presque normale. L'ouverture des paupières, maintenue de façon prolongée, amène le réveil que la parole est insuffisante à provoquer, à moins de formuler une injonction formelle à cet égard. Une fois sortie de cet état, la malade n'en garde aucun souvenir.

L'occlusion des yeux seuls ou des oreilles seules détermine les mêmes phénomènes, à condition d'être prolongée un certain temps et pourvu que la malade soit abandonnée à elle-même, sinon il ne se produit ainsi aucune modification des symptômes habituels.

Les manœuvres hypnotiques ordinaires déterminent un état de somnambulisme de tous points identique à celui qui succède à l'expérience de Strumpell. Dans chacun de ces états, la malade conserve le souvenir de l'autre et les regarde elle-même comme identiques. En revanche, elle les différencie formellement de son sommeil naturel qui n'est d'ailleurs ni précédé, ni accompagné, ni suivi des mêmes symptômes.

Digitized by Google

Cette malade est suggestible, mais seulement dans des circonstances particulières, comme l'état de distraction provoquée avec écriture automatique et inconsciente, ou un état de somnambulisme à développement intellectuel moins complet que les précédents, avec persistance de l'anesthésie, retour moins complet de la mémoire, et se produisant d'ailleurs, comme les précédents, à la suite de l'expérience de Strumpell.

Cette suggestibilité peut faire espérer une modification dans l'état mental de la malade, car les troubles qu'elle présente paraissent liés à la présence d'une idée fixe subconsciente que l'on retrouve dans les somnambulismes, ou par l'écriture automatique, ou même dans le délire des attaques.

Il résulte de cette observation que l'état particulier qui succède à l'expérience de Strumpell n'est nullement un sommeil naturel, mais bien un état somnambulique ; que cet état somnambulique, comme tout autre du même genre d'ailleurs, peut varier chez le même malade suivant des circonstances difficiles à préciser ; à plus forte raison, qu'il peut varier suivant les malades. C'est sans doute à ce fait qu'il faut attribuer pour une part les divergences des opinions exprimées par les auteurs, l'autre part revenant aux différences qui, d'après la lecture de leurs observations, ont certainement existé dans les conditions de leurs expériences.

Paralysie générale à forme tabétique.

M. Joffroy. — Dans le courant de l'année 1890 je fus consulté par un malade qui présentait tous les symptômes du tabes : crises douloureuses, troubles urinaires, signes de Romberg et d'Argyll Robertson, etc., etc., sans aucun trouble cérébral.

L'année suivante j'envoyai ce malade à Lamalou, et à son arrivée on remarqua qu'il présentait quelques troubles cérébraux survenus inopinément pendant le voyage : peut-être avait-il eu à ce moment une petite attaque apoplectiforme. Amélioré, il retourne à Lamalou deux ans plus tard, et l'on constate alors des troubles de la parole, de la mémoire et de l'intelligence qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale. Enfin, cette année le malade entra dans mon service avec un accès maniaque violent, à la suite duquel il succomba. Fait remarquable, il présentait une amélioration très marquée de la marche et la disparition du signe de Romberg.

Digitized by Google

L'examen histologique de la moelle a donné les résultats suivants :

Sur une coupe au niveau du tiers moyen de la région cervicale de la moelle épinière, on trouve les racines saines ; les méninges sont épaissies. Les cordons de Goll sont pris dans leur totalité et leur lésion s'étend en se réfléchissant à la façon d'une bordure au niveau de la commissure postérieure. Dans le faisceau pyramidal croisé et la zone de Gowers les vaisseaux présentent des gaines épaissies et les capillaires sont entourés d'un tissu interstitiel plus abondant que d'habitude. Les faisceaux latéraux postérieurs sont sains.

Au niveau de la région cervicale inférieure les modifications sont profondes. Il existe de la méningite, et dans les cordons de Goll et la zone voisine de la commissure postérieure on observe les mêmes lésions que sur la coupe précédente. Au niveau des racines postérieures on constate des lésions, mais légères. De plus, on trouve ici la lésion dans la zone latérale des cordons postérieurs.

Sur une coupe de la région dorsale moyenne on voit : l'épaississement des méninges avec périartérite, dans les cordons postérieurs les mêmes lésions que sur la coupe précédente, et au niveau des racines postérieures des lésions qui, sans être très profondes, le sont plus que sur la coupe précédente.

Dans les cordons latéraux (faisceau pyramidal croisé) on n'a plus la lésion constatée plus haut, mais seulement un très léger épaississement des vaisseaux de cette région.

Dans la région dorso-lombaire on note l'épaississement des méninges et de leurs vaisseaux, la sclérose de l'ensemble des cordons postérieurs, l'atrophie des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke. La lésion des racines est loin d'atteindre ce qu'on voit dans le tabes.

Sur des coupes de la région lombaire il y a de la méningite spinale, pas de lésions dans les cordons antéro-latéraux, et une lésion totale des cordons postérieurs s'avançant jusqu'à environ un quart de la distance de la commissure postérieure à la périphérie.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des lésions rencontrées sur ces différentes coupes, nous voyons qu'elles diffèrent de celles du tabes par plusieurs points de détail : d'abord par les lésions des cornes antérieures qui s'observent rarement à un si haut degré dans le tabes, mais surtout par l'état des racines dont les altérations sont minimes sur une

Digitized by Google

grande étendue de la moelle et beaucoup moins accusées que dans le tabes classique. C'est en réalité à une paralysie générale spinale ayant simulé le tabes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique que j'ai eu affaire dans ce cas. Au point de vue clinique, il faut remarquer l'amélioration si remarquable des symptômes moteurs et la disparition du signe de Romberg.

Ces faits ne sont pas absolument isolés ; j'ai déjà publié l'observation de deux malades analogues. Pendant dix ans, on observa chez l'un d'eux les symptômes du tabes au complet ; puis survinrent les signes de la paralysie générale avec disparition des symptômes d'incoordination et du signe de Romberg. En résumé, malgré des analogies considérables, il y a dans ces faits des différences, tant au point de vue des symptômes qu'à celui des lésions.

Un cas de neurasthénie (type Beard-Charcot) ; trépanation ; guérison.

M. Levillain (de Nice) communique une observation de neurasthénie (type Beard-Charcot) ayant débuté à l'âge de douze ans chez un jeune élève à la suite de maux de tête violents et persistants, accompagnés et paraissant provoqués par une dépression crânienne de 8 millimètres de profondeur sur 5 centimètres de largeur et 9 centimètres de longueur, siégeant sur la moitié interne du pariétal gauche, près de la suture médiane. Ce malade souffrait, depuis trois ans, de maux de tête presque continus, mais exagérés par le travail, et qui aboutirent à la formule neurasthénique type, caractérisée par les symptômes suivants : céphalée constante, impossibilité absolue de travail, vertiges, insomnie, amyosthénie matutinale, troubles dyspeptiques, constipation, etc.

La plupart de ces accidents s'amendèrent sous l'influence du traitement, mais les maux de tête, qui ne cédèrent jamais complètement, s'exagéraient au moindre effort de travail. En outre, quelques accidents se développèrent qui firent songer à la possibilité d'une compression cérébrale par la dépression crânienne existante ; c'est alors que M. le docteur Duret (de Lille), consulté, proposa et pratiqua la trépanation. L'opération décela un amincissement considérable du pariétal sur toute l'étendue de la dépression, mais aucune lésion méningée ni corticale ; le chirurgien se contenta de relever la région osseuse enfoncée ; les suites furent heureuses : le malade gué-

Digitized by Google

rit en quinze jours, et depuis lors les maux de tête ont disparu, ainsi que l'état neurasthénique.

M. Duret pense que la trépanation a pu faire disparaître les maux de tête et, par suite, permettre une amélioration de l'état général et même la guérison ; mais l'orateur estime qu'il faut faire des réserves à cet égard.

M. Ballet ne croit pas non plus que l'intervention chirurgicale ait été chez le malade de M. Duret la véritable cause de la guérison : certains neurasthéniques, en effet, guérissent, au même titre que les hystériques, par une opération, qui n'agit pas en tant qu'opération, mais simplement par l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence.

Sur deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

M. P. Londe (de Paris) communique deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. Les deux malades dont il s'agit, observés dans le service de M. le docteur A. Robin, sont frère et sœur. Ils ont été pris exactement au même âge, à vingt-six ans, d'incoordination musculaire dans les membres inférieurs et supérieurs avec troubles de la parole et symptômes neurasthéniques. Le frère, plus jeune que sa sœur de dix ans, offre de l'exagération des réflexes rotuliens, du tremblement intentionnel, un léger degré de scoliose, de la titubation, etc. La sœur ne peut plus marcher sans aide ; elle se tient à peine debout ; mais au début « elle marchait de travers ». Elle a donc parcouru la période que représente aujourd'hui l'état de son frère. Ces observations diffèrent pourtant, par l'absence de troubles visuels du type morbide décrit par M. Marie ; il en est de même d'un autre malade observé par MM. Brissaud et Londe. Par ce caractère, ces faits se rapprochent de ceux qui appartiennent à la maladie de Friedreich et plaident en faveur de la théorie cérébelleuse de cette maladie émise par Menzel et défendue par Senator. D'autre part, ils ressemblent d'une façon frappante à certains cas de sclérose en plaques d'avec lesquels le diagnostic est très difficile à établir en dehors du caractère familial. On sait, d'ailleurs, que celui-ci aurait été rencontré dans cette maladie, tout à fait exceptionnellement, il est vrai, d'après les observations de Dreschfeld.

(*A suivre.*)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Digitized by Google



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DOCUMENTS STATISTIQUES

POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par J. Luys (1).

Le travail que MM. Ball et Régis ont publié dans le journal l'*Encéphale* (1882) sur les familles d'aliénés, a ouvert la voie pour de nouvelles recherches qui touchent au développement des maladies mentales et nerveuses.

Cette méthode de statistique des ascendants, des parents et des enfants des aliénés comparés aux ascendants, aux parents et aux enfants de familles saines prises dans un même milieu et dans un groupe égal, permet d'entrevoir des rapports nouveaux et de fixer les esprits sur certains points qui touchent particulièrement à la question de l'hérédité morbide.

C'est dans cet ordre de recherches que j'ai réuni un certain nombre de documents, puisés dans ma pratique personnelle, et qui me permettent d'apporter un appoint de faits intéressants destinés à jeter quelque jour particulièrement sur les familles des paralytiques généraux.

Les points sur lesquels j'appelle l'attention comprennent

(1) Extrait de l'*Union médicale*, 1883.

Digitized by Google

les questions qui sont relatives soit à la lignée, soit à l'individu lui-même et à l'état mental de sa descendance. J'ai opéré sur un chiffre de 140 paralytiques généraux, appartenant à un milieu élevé dans la société, et, à ce point de vue-là, sensiblement différents des cas qui ont servi aux statistiques de MM. Ball et Régis.

Voici donc les principales déductions qui découlent de mes observations. Elles concernent :

1° *L'âge*. Les deux extrêmes de l'âge des paralytiques que j'ai eus à observer, sont compris entre 27 ans d'une part et 61 ans de l'autre. L'âge moyen est celui que j'ai indiqué dans mon traité de pathologie mentale (1), soit 43 ans chez les hommes et 40 ans chez les femmes.

2° *Le sexe*. Il présente une importance capitale dans les classes riches de la société. Sur le chiffre de 140 sujets frappés, celui des femmes ne figure que pour 4, ce qui est le propre de la clientèle des asiles privés. Il y a donc, dans le même milieu social, 136 hommes frappés de paralysie générale, alors que le chiffre des femmes s'élève seulement à 4. Dans les classes pauvres, le niveau d'équilibre tend sensiblement à s'établir. Le chiffre des paralytiques à Bicêtre et à la Salpêtrière paraît être à peu près égal pour les deux sexes.

3° *La taille*. Je ne sais si dans les statistiques existantes on a tenu note de la stature des individus atteints de paralysie générale. Pour ma part, j'ai été frappé de la petitesse relative de la taille des paralytiques qui m'ont passé sous les yeux. Ainsi, sur mes relevés, les hommes de petite taille, au-dessous de la moyenne, sont représentés par le chiffre de 55 sur 140, ce qui fait 39 0/0 ; ceux de taille moyenne, par le chiffre de 80, ce qui fait 57 0/0 ; et ceux de grande taille par le chiffre de 5, ce qui fait 3 0/0.

La question de la stature et des rapports du développement du cerveau, eu égard à la taille, soulevée dans ces derniers temps par les anthropologistes, trouve ici une application directe, puisque les hommes de petite taille, appartenant au même milieu social, sont frappés dans la proportion de 39 0/0, alors que les individus de grande taille

(1) Luys. *Traité de pathologie mentale*, p. 548.

Digitized by Google

sont frappés seulement dans la proportion de 3 0/0. Cette proportion semblerait établir que, en présence des mêmes causes d'excitation cérébrale, les premiers, moins bien pourvus en matière cérébrale, ont moins de force de résistance que les seconds qui sont originellement mieux doués.

4° *L'état civil.* Sur le nombre de 140 individus, j'ai trouvé que le chiffre des individus célibataires, dans les limites d'âge indiquées précédemment, s'élevait à 59, soit 42 0/0, et le chiffre des gens mariés s'élevait à celui de 81, soit 58 0/0.

Ce chiffre des célibataires est relativement considérable et dénote un état mental de ces paralytiques, qui, ayant tous plus ou moins un patrimoine personnel, préfèrent rester isolés plutôt que de faire comme tout le monde et de se constituer une famille régulière. Il y a évidemment dans cette catégorie d'individus une manière anormale de comprendre la vie, soit par suite d'une incapacité native et inconsciente à affronter la lutte pour l'existence quotidienne, soit par un arrêt de développement qui les retient sur la route et les empêche de continuer leur évolution naturelle.

5° *Natalité.* Contrairement aux conclusions formulées par MM. Ball et Régis, qui admettent que les paralytiques généraux ont exactement le même nombre d'enfants que les individus normaux pris au même âge et dans les mêmes conditions (1), les résultats de mes statistiques mettent au contraire en relief ce fait tristement réel de la stérilité des unions des paralytiques.

Ainsi, sur 81 unions de paralytiques, j'ai relevé 27 unions stériles, soit 34 0/0, et 53 unions fécondes, soit 66 0/0. Relativement à la natalité, sur ce chiffre de 53 unions fécondes, le nombre des enfants était de 80, soit 1.50 par ménage, ce qui est tout à fait en disproportion avec la natalité dans les familles normales. Ainsi, d'après MM. Ball et Régis (2), le chiffre moyen, dans les familles normales, est de 2,73, et d'après mes recherches personnelles, 2.54, ce qui exprime un chiffre double de celui qui existe dans les familles de paralytiques.

(1) L'Encéphale, *Loco citato*, p. 425.
(2) L'Encéphale. *Loco citato*, p. 425.

Digitized by Google

Ainsi donc, on voit, d'après ces chiffres, que la lignée des paralytiques porte en elle deux germes d'extinction : d'une part le célibat qui constitue les individus à l'état de non-valeur sociale, et d'autre part l'affaiblissement des énergies prolifiques dans les unions où l'élément mâle porte en lui-même les germes latents de la paralysie générale.

En effet, si nous additionnons d'une part le chiffre des célibataires paralytiques, qui s'élève à 59, et celui des unions stériles, qui s'élève à 27, nous arrivons à un total de 86 qui, sur 140, exprime le nombre considérable d'individus inféconds, soit une proportion de 61 °/₀.

La paralysie générale met donc son empreinte à la fois sur l'individu isolé qu'elle frappe dans son évolution sociale en lui refusant les énergies nécessaires pour se constituer une famille, et, au point de vue de sa lignée, en stérilisant son union, ou bien en infligeant à sa descendance une marque indélébile de faiblesse et d'imperfection congénitale au physique et au moral.

6° *Descendance*. Non seulement le nombre des enfants est faible dans les familles de paralytiques, mais encore ces enfants, quand ils arrivent à terme (ce qui est déjà une difficulté franchie), dans l'immense majorité des cas, sont irréguliers dans leur développement tant au point de vue physique qu'au point de vue moral.

Ainsi, j'ai noté quatre cas d'idiotie, dix cas d'imbécillité mentale à des degrés marqués. Chez certains on note une évolution lente, une tendance au lymphatisme ; ils sont frêles, délicats. Chez certains, la dentition se fait d'une manière irrégulière. L'ossification des sutures crâniennes présente des imperfections. On trouve des arrêts de développement. Ils ont des pieds bots, des malformations du cœur. J'ai rencontré une fois un arrêt de développement de l'humérus, d'autre fois des troubles de la nutrition générale caractérisés par une polysarcie précoce.

Au point de vue du développement des facultés psychiques, ces enfants sont en général indisciplinés, dissipés dans les classes, rétifs à l'instruction et en général présentent peu d'application pour le travail. Aussi leurs études sont-elles très irrégulièrement faites. Au point de vue de la sensibilité morale ils sont quelquefois très faciles à émou-

Digitized by Google

voir. En général, ils sont indifférents, même pour leurs parents qui les soignent avec la plus grande sollicitude. Chez ces jeunes enfants, outre ces troubles du caractère, on note encore des particularités morbides qui constituent une complication grave de leur état. Ainsi, ils sont sujets à avoir des maux de tête, des terreurs nocturnes, des insomnies fréquentes non motivées, des migraines qui, la plupart du temps, mettent obstacle à leur instruction, des accidents choréiformes, des tics de différentes espèces dans la face et dans les yeux, des impulsions à se lever, à courir sans motif. Un enfant de 13 ans, fils d'un père paralytique, étant dans sa classe, se mettait inopinément à pousser des éclats de rire sans motif, qu'il était incapable de maîtriser.

A une période plus avancée de la vie, on voit exceptionnellement cette lignée bâtarde, issue de paralytiques, faire son chemin hardiment dans le monde et s'y imposer grâce à un ensemble de facultés brillantes dont l'ambition ardente, l'âpreté du caractère, l'absence complète de scrupules, sont ordinairement les caractères dominants.

Mais, qu'on ne s'y trompe pas, sous ces dehors brillants couronnés quelquefois par le succès se cachent de profondes lacunes mentales. — Chez eux toute la sève de la vie s'est portée du côté des choses de l'intelligence et le domaine des choses de la sensibilité morale et du sentiment, est resté singulièrement en souffrance. Pour peu, en effet, qu'on scrute leur manière de vivre, si on les trouve hardis à l'action, âpres à la curée, on les trouve, par contre, indifférents sur le choix des moyens employés, pour ne pas dire complètement *anesthésiques* relativement aux questions générales qui touchent soit à la simple délicatesse, soit aux convenances sociales.

Ce sont ces natures mal pondérées que l'on voit tour à tour devenir des personnalités puissantes dans le monde de la politique, des arts et de la science, et qui, suivant le milieu social où elles évoluent, constituent soit de ces hommes de succès qui savent violer la fortune, ou bien ces héros de cours d'assises dont les annales de la médecine mentale nous offrent de si fréquents exemples (1).

(1) Maudsley. Le crime et la folie. — « L'absence de sens moral est l'effet occasionnel de l'insanité des ascendants. » Chap. II, p. 63.

Digitized by Google

7° *Ascendants*. Les recherches statistiques de MM. Ball et Régis ont montré dans quelles conditions spéciales les familles de paralytiques se trouvaient au point de vue des ascendants. Les résultats signalés par eux concordent avec les nôtres, excepté toutefois au sujet de la natalité exagérée qu'ils ont signalée dans la ligne ascendante. Cependant, mes notes, sur ce point, ne sont pas assez précises pour me permettre de formuler une opinion complète.

Je me trouve encore en pleine conformité de vues avec ces Messieurs, au sujet de la part d'influence qu'ils font à l'élément maternel dans le développement de la paralysie générale chez les enfants (1). J'ai constaté comme eux combien l'état mental de la mère avait un retentissement profond sur sa progéniture mâle. La plupart des mères de paralytiques avec lesquelles j'ai été particulièrement en rapport m'ont présenté, en effet, un état spécial des facultés mentales, caractérisé tantôt par une *émotivité intempestive* et tantôt par un affaiblissement prématuré des facultés intellectuelles, véritable ineptie voisine de la démence. Ainsi, en compulsant mes notes, je trouve avoir remarqué que les unes sont signalées comme excentriques, bizarres, incapables de suivre et de comprendre un raisonnement ; affaiblies au point de vue du caractère, incapables de prendre une détermination et de savoir diriger leurs enfants.

Au physique, mêmes anomalies ; à part des lésions grossières du système nerveux qui apparaissent, comme des accidents congestifs, des apoplexies, des tics, quelquefois la paralysie agitans, etc. J'ai rencontré un certain nombre de mères, petites de taille, profondément disgraciées au physique et portant les traces d'une laideur caractéristique. Il semble que dans ces cas la laideur naturelle, l'irrégularité des traits de la face, l'arrêt de développement de la stature, soient des tares fatales et de véritables dégénérescences somatiques imprimant au produit de la conception le cachet indélébile de la malformation du moule où il a été conçu.

8° *Collatéraux*. L'étude physique et morale des collaté-

(1) Paul Jacoby. Études sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme.

Digitized by Google

raux, des frères et sœurs des paralytiques, a encore, dans l'étude étiologique de la maladie, une importance capitale, qui met de plus en plus en saillie cette donnée que la paralysie générale qui éclate chez un individu n'est point un fait imprévu, arrivant *ex abrupto*, mais bien le résultat d'une série d'influences multiples totalisées sur un seul individu.

Ainsi, dans la grande majorité des cas, je dirai même 19 fois sur 20, les frères et sœurs des paralytiques ont des allures spéciales dans leur manière d'être dans la vie. Ainsi, en général, ayant quelque fortune, ils restent célibataires et ne se constituent pas une famille régulière. J'ai connu trois frères, ayant une belle fortune et qui ont passé en vivant en commun leur existence entière, isolés dans leur propriété, vivant entre eux sans voir personne et ne cherchant pas à se créer une famille. L'aîné est devenu paralytique. Le second était alcoolique et le troisième faible d'esprit. L'aîné fut confié à mes soins et pendant deux ans qu'il séjourna à la maison de santé d'Ivry, — ses deux frères, impressionnables à l'excès, n'ont pas pu surmonter leur émotion, se disant trop nerveux pour faire une visite à leur frère malade.

Les uns, dans leurs rapports avec les médecins ou sont très préoccupés de l'état de leur frère, ils sont tracassiers, soupçonneux, processifs et très souvent portés aux excès alcooliques ; ou bien ils sont indifférents, insouciants de l'état de leur frère, ne pensant qu'à eux-mêmes et faibles de volonté, disposés à succomber aux suggestions de leur entourage.

Chez les sœurs ce sont les mêmes particularités mentales que l'on observe, diversement modifiées par le terrain féminin sur lequel elles se développent. Tantôt elles sont plus ou moins atteintes d'accidents hystériques. Elles sont inquiètes, soupçonneuses. Tantôt elles sont émotives à l'excès, loquaces ; elles ont des tendances romanesques à l'exagération, des caractères difficiles, la plupart du temps brouillées avec une portion de la famille. Au point de vue physique, elles ne brillent pas par la grâce et les séductions de la beauté. La plupart du temps elles sont de petite taille, mal venues et laides.

A côté de ces états psychopathiques des collatéraux, qui

Digitized by Google

constituent la majorité des cas observés, on trouve par compensation, comme pour les enfants issus de paralytiques, des exceptions brillantes. C'est ainsi que je suis heureux d'avoir rencontré chez un certain nombre de collatéraux, des frères, des sœurs de paralytiques doués d'une intelligence hors ligne, remplis de mansuétude et de savoir-vivre et constituant, par la régularité de leur conduite, la fermeté de leur jugement, la fidélité de leurs amitiés, une exception flagrante à la généralité des cas que nous venons d'observer.

Ainsi donc, en prenant les principaux points que nous venons de passer en revue au sujet des conditions pathogéniques de la paralysie générale, il est permis de constater, ainsi que nous l'avons fait pressentir tout à l'heure, que la maladie qui nous occupe n'est point une maladie *adventice* comme une variole, une pleurésie, mais bien l'expression ultime d'une longue préparation atavique. Elle a en effet ses racines éloignées dans le passé de l'individu dans sa lignée ascendante, et un retentissement plus ou moins prolongé dans sa lignée descendante.

Dès sa naissance, le mal est en germe chez l'individu destiné à devenir paralytique Il tient de ses parents, et surtout de sa mère, un état de faiblesse congénitale et une tendance aux congestions cérébrales. Son développement physique se fait d'une façon incomplète. Sa taille est petite ou moyenne. Son système nerveux n'acquiert pas l'ampleur physiologique nécessaire pour subir les ébranlements quotidiens de la vie courante. Il est médiocrement apte au service, et néanmoins il se développe et évolue normalement jusqu'au moment où il va gagner les étapes de la vie marquées pour l'explosion de la maladie. — Et alors, s'il a quelque fortune qui lui permette de vivre en province, s'il a une femme capable de prendre en main ses affaires, s'il a un milieu familial tranquille, et s'il ne rencontre pas au moment critique de causes d'effervescence cérébrale, il peut passer la plus grande partie de son existence sans éclat, et lentement, doucement, arriver à l'âge de retour, faible d'esprit, vivant passivement au jour le jour, sans souci de la veille comme sans inquiétude du lendemain.

Inversement, se trouve-t-il placé au milieu de l'effervescence de la vie des grandes villes, dans cette lutte inces-

Digitized by Google

sante du froissement des passions et des intérêts ; a-t-il sa carrière à suivre, à conquérir tous les jours son pain quotidien, vite à un moment donné il s'échauffe l'esprit et le cœur, et son ardeur ne peut plus s'arrêter. Il s'use peu à peu dans ce combat incessant : son cerveau est sans cesse en travail ; il perd le sommeil, ses nuits sont agitées par des réminiscences de l'existence diurne, et, avec le sommeil qui s'en va au bout de quelques semaines, c'est la mémoire qui commence à faiblir et les énergies de l'esprit qui s'émoussent. Si l'on ajoute à ces conditions mauvaises les mille exigences de la vie mondaine, la fatigue matérielle, les veilles, l'usage des boissons alcooliques, l'abus du tabac, les séductions de la vie voluptueuse, l'individu frappé ne répare plus qu'incomplètement ses forces nerveuses fuyantes, et dès lors c'est un combat inégal qui s'engage entre les incitations du monde extérieur et sa trame organique mal préparée pour la lutte, dans laquelle l'étoffe de la résistance manque dès le début.

Le paralytique a hérité de ses parents d'une aptitude aux congestions cérébrales et dès lors le voilà engagé dans l'engrenage fatal. — Les congestions répétées de son cerveau vont entretenir à l'état d'éréthisme permanent les cellules cérébrales trop fortement sollicitées par les milles ébranlements de la vie courante, et, à leur tour ces élements surexcités vont devenir par action réflexe de véritables centres d'appel pour les courants sanguins destinés à la nourrir. Et, ce n'est pas tout. — En vertu de ces nouvelles conditions de la circulation cérébrale, des troubles profonds vont se révéler dans le tissu même du cerveau. — D'une part, cette distension permanente des courants sanguins va amener dans les gaines vasculaires des obstructions circulatoires, des épaississements des parois, lesquels vont mettre un obstacle matériel aux échanges interstitiels des cellules cérébrales et amener à bref délai leur mortification par ischémie. — D'une autre part, les éléments de la névroglie qui participent d'une façon si intime à la vie des éléments nerveux, vont entrer à leur tour dans le cycle morbide, ils vont s'hypertrophier, se multiplier à l'infini, et, par leur prolifération incessante, donner naissance à un tissu nouveau, véritable sclérose interstitielle qui va étouffer les

Digitized by Google

éléments nerveux qu'elle était destinée à nourrir, et créer ainsi des désordres incurables à marche fatalement progressive (1).

Dès ce moment, la trame du cerveau, rien que par ce simple fait de la tendance héréditaire aux congestions chez l'individu envahi, est vouée à une destruction lente qui entraîne à sa suite du même coup l'extinction de l'activité mentale et celles des forces de la vie physique.

Cette déchéance progressive de l'être humain dans la paralysie générale n'est donc pas un phénomène isolé se développant inopinément à un moment donné sous l'influence de causes banales et accidentelles. — Bien au contraire, les recherches cliniques que nous venons de rapporter et qui s'appliquent aux familles des paralytiques montrent qu'il s'agit là d'un phénomène d'évolution morbide qui pour aboutir exige le concours de plusieurs générations. — Préparé lentement chez l'ascendant, il peut rester silencieux dans la lignée descendante; mais, vient-il à rencontrer des conditions extrinsèques aptes à faciliter son explosion, il se révèle alors avec ses énergies natives, et non seulement s'incarne dans l'individu qu'il frappe, au point de vue de ses aptitudes à la reproduction, mais encore il s'attaque à la descendance qu'il abâtardit dès la naissance en lui infligant une tare héréditaire d'imperfections constitutionnelles.

(1) Luys. Du développement de la Paralysie générale. — (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 12 avril 1880.)



Digitized by Google

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR

LES LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE

PRODUITES PAR DES CHOCS VIOLENTS DE LA VOUTE DU CRANE

Note communiquée à la Société de Biologie, le 26 octobre 1878,

Par M. BOCHEFONTAINE.

L'étude des lésions encéphaliques qui peuvent exister dans les cas de commotion cérébrale présente un intérêt considérable au double point de vue pathologique et physiologique, et c'est afin de contribuer à cette étude que j'ai résumé dans cette note un certain nombre d'expériences dont je viens présenter les résultats à la Société de Biologie.

Tout d'abord, il n'est pas inutile de préciser le sens du mot *cérébrale* dans l'expression *commotion cérébrale*. Il est évident que ce mot n'est pas pris dans son acception restreinte, anatomique, qu'il est ici synonyme d'*encéphale* et que commotion cérébrale ne signifie pas commotion des lobes cérébraux seulement, mais bien commotion de toute la masse encéphalique, c'est-à-dire des lobes cérébraux, des noyaux de l'encéphale, de la protubérance et du bulbe.

Cela dit, voici les faits dont je désire entretenir la Société.

Il y a déjà plusieurs années, voulant essayer de produire la contraction de la rate chez le chien, en déterminant la commotion cérébrale au moyen de chocs violents sur le sommet de la tête, je fus conduit à étudier les phénomènes généraux qui résultent de ce genre d'expériences.

Dans plusieurs cas, le choc le plus fort que l'on ait pu produire sans fracturer le crâne a donné lieu à un peu de faiblesse, à une sorte d'étourdissement passagers, de sorte que, l'animal revenant presque aussitôt à son état normal, on ne s'est pas préoccupé de rechercher si l'expérience avait déterminé des lésions encéphaliques. Dans d'autres cas, il est survenu une résolution paralytique avec arrêt momentané des mouvements respiratoires et état syncopal du cœur, accidents qui peu à peu disparaissaient ou s'affaiblissaient au

Digitized by Google

bout d'une dizaine de minutes. L'animal était alors sacrifié, et l'on ne constatait aucune lésion appréciable à l'œil nu, dans les cavités ventriculaires ou dans les autres parties de l'encéphale examiné à l'état frais.

Quelques membres de la Société de Biologie se souviendront peut-être que je communiquais ici, il y a quelques mois, les résultats d'expériences du même genre, faites pour étudier l'influence de la commotion cérébrale sur la pression du liquide céphalo-rachidien, et il n'est pas inutile de rappeler en passant que cette pression augmente alors bien peu, car elle s'élève tout au plus de son degré normal, 0 à 1 millimètre de mercure. Quatre fois, dans ces recherches, on a examiné, aussitôt après la mort, l'encéphale des animaux chez lesquels la respiration s'était momentanément arrêtée et dont les battements du cœur avaient eu des intermittences, sans rencontrer aucune lésion des surfaces ventriculaires, aucune hémorrhagie, aucune ecchymose des diverses parties de la substance nerveuse.

Sur deux autres chiens, j'ai procédé différemment pour rechercher dans la masse encéphalo-bulbaire les lésions que la commotion cérébrale aurait pu y déterminer. Tandis que, chez les premiers animaux, la mort était produite au moyen du chloral, de la section du point vital, ou de l'asphyxie par le curare, chez ceux-ci elle était déterminée par la faradisation des ventricules cardiaques. Au moment où l'animal, après avoir reçu sur le sommet de la tête un ou deux chocs énergiques, était inerte, insensible, avec un état syncopal du cœur et de l'appareil respiratoire, on faradisait le cœur et l'on amenait ainsi la mort pendant le temps même où se manifestaient les symptômes classiques de la commotion cérébrale. Aussitôt après l'arrêt définitif du cœur, on a recherché minutieusement, au moyen de coupes multiples à travers les diverses parties du cerveau, de la protubérance et du bulbe, une lésion apparente à l'œil nu, sans pouvoir en rencontrer aucune.

Ces jours derniers, deux chiens en expérience pour d'autres recherches du laboratoire de M. Vulpian, ont encore été sacrifiés par faradisation du cœur, après avoir reçu sur la

Digitized by Google

voûte du crâne des *chocs* répétés extrêmement énergiques.

L'un de ces animaux avait reçu du curare, puis de l'atropine. Comme on le sait, la belladone abolit l'action modératrice du nerf pneumogastrique sur le cœur ; d'un autre côté, le curare abolit le mouvement en arrêtant au passage les excitations nerveuses motrices ; on ne possédait donc aucun moyen de constater les symptômes de la commotion cérébrale. Pour produire certainement cet état pathologique, on a donc répété avec une extrême brutalité les chocs sur le sommet de la tête, puis on a faradisé le cœur, qui s'est aussitôt arrêté.

La nécropsie a montré que les coups très violents, répétés, donnés sur la tête avec une masse en bois, ont fracturé le crâne à sa partie antérieure ; la fracture forme deux arcs de cercle à concavité postérieure, réunis sur la ligne médiane ; la partie du crâne, en avant du sillon de fracture, est très légèrement déprimée au-dessous du niveau de la portion postérieure à ce sillon.

Voici l'encéphale de l'animal qui a servi dans cette expérience ; il a été conservé depuis hier dans l'alcool, après avoir été examiné à l'état frais, mais incomplètement, parce que je désirais mettre sous les yeux de la Société le quatrième ventricule dans son ensemble, avant de faire des coupes multipliées du bulbe.

Comme on le voit, une coupe a été faite d'avant en arrière à travers le lobe frontal gauche, qui présentait et présente encore, un peu décolorée il est vrai, une vaste ecchymose de l'écorce grise et de la substance blanche sous-jacente.

Le cervelet, divisé suivant la ligne médiane, laisse à découvert le plancher du quatrième ventricule dont la surface parfaitement unie ne présentait pas plus de lésion à l'état frais qu'elle n'en offre aujourd'hui après son séjour dans l'alcool. Une troisième coupe est faite en travers du bulbe à sa partie moyenne ; elle n'offrait pas plus hier qu'à présent la moindre rougeur ecchymotique.

Si maintenant on pratique des coupes nouvelles à travers les lobes cérébraux, la protubérance, le bulbe, on ne découvre aucune lésion.

L'encéphale de l'animal curarisé seulement ne présentait,

Digitized by Google

à l'état frais, rien à l'extérieur, ni sur le plancher du quatrième ventricule que voici à découvert, ni sur cette coupe en travers de la partie moyenne du bulbe. Cet encéphale a macéré dans l'alcool depuis avant-hier et le même désir de présenter le quatrième ventricule intact m'a empêché de fouiller par des coupes tout le reste de l'encéphale.

Si maintenant on pratique des coupes multiples, on ne voit rien d'anormal, si ce n'est dans l'épaisseur de la partie antérieure du bulbe. Là on rencontre une tache ecchymotique, parrallèle aux surfaces supérieure et inférieure du bulbe et située à peu près à égale distance de ces deux surfaces. J'appelle particulièrement l'attention de la Société sur le siège de cette mince tache hémorrhagique, dans la région moyenne de l'épaisseur du bulbe et sur l'absence complète de lésion du plancher du quatrième ventricule. Il est évident que si cette ecchymose avait pour cause une pression exagérée du liquide céphalo-rachidien, on trouverait une lésion du plancher du quatrième ventricule, ce qui n'existe pas.

On pourrait objecter à ces expériences que les traumatismes du crâne n'ont pas été assez énergiques ; mais peut-on maintenir une pareille objection en présence de l'expérience brutale dont voici les détails marquants :

Un expérimentateur voulant sacrifier un chien de chasse mâtiné, adulte, vigoureux, de moyenne taille, curarisé pour une expérience, on prend une bûche de bois avec laquelle on assène un coup violent, sur la partie supérieure gauche du crâne. Un second coup est encore appliqué de même sur la partie homologue de l'autre côté. L'animal ne tarde pas à mourir et l'on enlève le péricrâne.

Du côté gauche, il y a enfoncement de la partie moyenne de la région fronto-pariétale du crâne.

Du côté droit, même lésion du crâne, mais moins accusée.

La partie moyenne de l'occipital est littéralement broyée ; elle présente un trou sans sillons de fracture y aboutissant, et la partie broyée, *véritable poussière osseuse*, forme une bouillie avec la substance cérébelleuse correspondante.

Pas de fracture de la base du crâne.

Epanchement peu considérable de sang autour des deux

lobes frontaux, se prolongeant à gauche autour du lobe fronto-pariétal.

Toute l'arachnoïde de la base est infiltrée de sang, ainsi que la pie-mère correspondante. Ces deux membranes forment avec la substance cérébrale corticale une bouillie plus ou moins rougeâtre autour des lobes frontaux et au niveau du lobe fronto-pariétal gauche.

Épanchement de sang en nappe mince dans les ventricules latéraux, et tout autour des pédoncules cérébraux et de la protubérance.

La portion du cervelet correspondante à l'occipital détruit est réduite en bouillie dans une profondeur de quelques millimètres.

Pas d'épanchement dans le quatrième ventricule dont les surfaces sont intactes.

Infiltration de sang tout autour du bulbe.

Aucune lésion appréciable sur les coupes multiples faites dans toutes les parties de l'encéphale : lobes cérébraux, corps striés, couches optiques, pédoncules, cervelet, protubérance et bulbe.

Il demeure donc acquis que des chocs énergiques du crâne capables de broyer littéralement, par contre-coup, une partie de cette boîte osseuse, peuvent ne pas s'accompagner de lésions des ventricules et particulièrement du quatrième ventricule.

Pendant les vacances dernières, M. Vulpian me chargea d'observer, sur les chats, certains phénomènes qui se manifestent au moment de la mort violente. C'était le cas de sacrifier ces animaux en produisant chez eux la commotion cérébrale au moyen de chocs très violents sur la voûte du crâne.

On peut, en effet, donner ainsi la mort à un chat beaucoup plus facilement qu'à un chien, sans doute parce que le crâne du chat, moins résistant que celui du chien, peut être plus facilement fracturé. Si l'on a affaire à un chat de quatre mois environ, il suffit d'un seul coup énergique sur le crâne pour déterminer la mort. Au moment du choc, l'animal bondit et retombe avec des convulsions cloniques géné-

Digitized by Google

ralisées qui durent de deux à quatre minutes et sont suivies de mort.

Trois chats ont été sacrifiés par ce procédé, et voici les résultats de l'examen attentif de tout l'encéphale fait sur chacun de ces animaux, aussitôt après la mort :

1° Fracture de la base du crâne.

Des coupes méthodiques multiples sont faites à travers le bulbe et le reste de l'encéphale, et aucune d'elles ne dévoile la plus petite altération, la plus légère ecchymose de la substance nerveuse. Suffusion sanguine à la base de l'encéphale et du bulbe. Cavités ventriculaires intactes.

2° Fracture de la voûte du crâne.

Substance grise d'un lobe cérébral en bouillie au niveau de la fracture du crâne.

Épanchement de sang sous l'arachnoïde, à la base de l'encéphale et autour de la partie occipitale des lobes cérébraux ; cet épanchement s'étend jusque dans les ventricules latéraux, dont les surfaces sont intactes.

Pas de lésions du ventricule moyen, ni du quatrième ventricule.

Pas la moindre lésion des diverses parties de la surface encéphalique.

3° Aucune lésion du bulbe, ni du reste de l'encéphale.

Pas d'épanchement dans les cavités ventriculaires ; suffusion sanguine sous-arachnoïdienne à la partie moyenne de la base de l'encéphale.

Les coupes de l'encéphale sont si nombreuses, si rapprochées, que ces centres nerveux sont littéralement hachés comme chair à pâté ; l'encéphale a donc été examiné aussi bien que possible.

Trois cobayes ont encore été sacrifiés de la même manière que les chats.

Chez tous les trois, le crâne a été fracturé par le choc sur la tête, et, dans aucun cas, on n'a trouvé d'épanchement dans le *quatrième ventricule*, ni d'ecchymoses dans le bulbe ou les différentes parties de l'encéphale. Chez ces cobayes, on a trouvé un épanchement plus ou moins étendu sous l'arachnoïde.

Je rappelle que M. Vulpian a déjà signalé à la Société de

Digitized by Google

Biologie l'absence de lésions encéphaliques chez les cobayes et les grenouilles sur lesquelles il avait produit la commotion cérébrale.

En résumé, il résulte de ces expériences que :

1° On peut observer chez les animaux les symptômes de la commotion cérébrale, sans qu'il existe dans la substance encéphalique aucune lésion appréciable à l'œil nu ;

2° Les chocs extrêmement violents de la tête, répétés ou non, capables de produire des fractures du crâne peuvent s'accompagner de ramollissement des divers points de la convexité de la substance nerveuse encéphalique, lobes frontaux, pariéto-sphénoïdaux, cervelet, etc., et d'épanchements sanguins sous l'arachnoïde et dans les cavités ventriculaires.

3° Dans toutes ces expériences, les surfaces ventriculaires ont toujours été trouvées intactes, et l'on n'a pas eu en particulier l'occasion d'observer des lésions du quatrième ventricule.

Doit-on conclure, d'une manière absolue, que les chocs violents du crâne ne peuvent jamais s'accompagner de lésions des parois ventriculaires et particulièrement du plancher du quatrième ventricule ? Non, certainement. Mais il devient évident qu'une théorie fondée sur l'existence, assurément rare, de lésions des parois ventriculaires, et qui seraient le résultat d'une exagération de la pression du liquide céphalo-rachidien, ne peut être acceptée. La pression du liquide céphalo-rachidien, ainsi que le démontrent les faits communiqués à la Société, ne dépasse pas, en effet, 5 millimètres de mercure sous l'influence des chocs extrêmement violents du crâne.

D'autre part, j'ai cherché, au moyen d'une expérience des plus simples, sur un chien mort depuis quelques minutes, quelle pression le plancher du quatrième ventricule peut supporter.

Un tube en verre, de 50 centimètres de hauteur, est fermé par un bout moyen d'une membrane de caoutchouc suffisamment résistante. Par l'autre extrémité libre on verse du mercure dans le tube que l'on maintient verticalement,

Digitized by Google

la membrane de caoutchouc directement appliquée sur le plancher du quatrième ventricule. Or il a fallu verser dans le tube 30 centimètres cubes de mercure, avant de parvenir à ramollir un peu par compression, non pas toute la paroi bulbaire, mais la partie la plus superficielle du plancher du quatrième ventricule, qui se trouvait en contact avec la membrane de caoutchouc.

Si donc une pression de 30 centimètres cubes de mercure est impuissante à écraser le bulbe, il est bien évident que l'on ne peut reconnaître ce pouvoir à la pression de 5 millimètres de mercure que peut déterminer un choc extrêmement énergique du crâne.

Note complémentaire communiquée à la Société de Biologie, séance du 29 avril 1879.

L'encéphale que je mets sous les yeux de la Société de biologie est celui d'un cheval assommé par un équarisseur après avoir servi à M. Vulpian pour des expériences sur le sympathique cervical.

La tête et le cou du cheval ayant été apportés au laboratoire pour des recherches anatomiques, on a vu que le coup donné pour sacrifier cet animal avait enfoncé un fragment de la partie antérieure de l'os frontal droit dans les parties sous-jacentes. L'occasion se présentait ainsi de continuer sur le cheval les recherches que j'ai commencées chez le chien et le chat dans le but d'établir le degré de fréquence des lésions du quatrième ventricule déterminées par les chocs plus ou moins violents de la tête, recherches dont les résultats ont été exposés devant la Société de biologie. Le cas est d'autant plus favorable que l'on ne peut m'accuser d'avoir, par quelque procédé heureux, évité de produire sur ce cheval des lésions du quatrième ventricule. Je n'ai su, en effet, que l'animal avait été assommé chez l'équarisseur, qu'en apercevant, au laboratoire, la large fracture de l'os frontal.

La partie antérieure et supérieure du crâne étant enlevés avec ses débris, on a trouvé un épanchement de sang sous la dure-mère de la convexité du lobe cérébral gauche, épanchement qui n'existe pas sous la partie correspondante de la dure-mère du lobe cérébral droit.

La patrie antérieure et moyenne du lobe cérébral droit est,

Digitized by Google

comme on le voit, broyée par le fragment osseux qui a pénétré dans la profondeur de la substance blanche.

L'encéphale a été retiré avec soin de la cavité crânienne, et l'on a pu constater que l'épanchement s'étendait à la face inférieure de la protubérance et du bulbe, et autour de la partie supérieure de la mœlle cervicale.

Les deux tiers antérieurs du corps calleux sont aussi à l'état de bouillie blanchâtre, les parties correspondantes de la face interne de chaque lobe cérébral ont leur surface également réduite en bouillie, et les artérioles qui naissent de la cérébrale antérieure sont rompues.

Les parois du ventricule médian sont en bouillie. Il en est de même de la partie antérieure du trigone cérébral.

L'épanchement de sang existe dans la dure-mère cérébelleuse ; les anfractuosités du cervelet sont remplies de sang.

Dans la corne d'Ammon du côté droit, il existe une région superficielle ramollie, de la dimension d'une pièce de un franc. Pas de lésion du ventricule gauche, ni de l'aqueduc de Sylvius.

Aucune lésion du plancher du quatrième ventricule.

Absence d'épanchement hémorrhagique dans tous les ventricules.

Pas de lésions aux différentes coupes des lobes cérébraux, si ce n'est celles qui correspondent aux ramollissements déjà constatés à l'examen antérieur.

Pas de lésions de la protubérance.

Ecchymoses offrant l'aspect d'un piqueté hémorrhagique dans le corps restiforme gauche. Pas de lésion dans les autres parties du bulbe.

En résumé, ce fait montre que, chez un cheval mort d'un traumatisme violent du crâne et de l'encéphale, il n'existe aucune lésion du plancher du quatrième ventricule, alors que les différentes lésions signalées par les auteurs dans diverses parties de l'encéphale se retrouvent aisément ; il confirme les résultats observés chez le chien et le chat, à savoir que si les lésions du plancher du quatrième existent, elles sont assurément exceptionnellement rares.

Toutefois, ces lésions existent, puisque plusieurs cas dans lesquels elles étaient manifestes ont été rapportés. Mais alors, par quel mécanisme peuvent-ils se produire ? On ne peut pas accepter le mécanisme du choc du liquide céphalo-rachidien, ainsi que je crois l'avoir démontré devant la Société de Biologie.

N'est-il pas possible de l'expliquer autrement ?

Digitized by Google

La Société se rappelle peut-être que chez un chien sacrifié par choc violent du crâne (communication du 26 octobre 1878), il existait, dans la partie moyenne du bulbe, une mince plaque hémorrhagique parallèle aux surfaces bulbaires supérieure et inférieure. D'un autre côté, en 1869, j'ai eu l'occasion d'observer chez une vielle démente, à la maison de santé de Charenton, une hémorrhagie spontanée de la région moyenne du bulbe, s'étendant à droite surtout de la ligne médiane. Cette hémorrhagie, qui ressemblait à une framboise, était traversée par des faisceaux blancs intacts ; elle arrivait avec l'aspect d'une ecchymose jusqu'à la surface du plancher du quatrième ventricule sans léser cette surface : la lésion hémorrhagie, partie de la profondeur, s'arrêtait à la paroi profonde de l'épendyme. N'est-il pas permis de rapprocher le fait expérimental d'avec ce fait clinique, et ne peut-on pas se demander si, dans le cas où le processus hémorrhagique aurait été plus énergique chez l'animal, il ne serait pas arrivé à détruire, comme chez la démente, la substance bulbaire ? Ne conçoit-on pas très facilement que, chez cette démente, une poussée hémorrhagique plus forte aurait enfin perforé le plancher ventriculaire ? S'il en était ainsi, les lésions du plancher du quatrième ventricule, au lieu d'être le résultat d'une perforation hypothétique de la surface ventriculaire par le liquide céphalo-rachidien, hypothèse d'ailleurs contraire aux faits, cette perforation serait le résultat d'une lésion hémorrhagique née dans la profondeur du bulbe, et venant s'ouvrir à travers le plancher dans le quatrième ventricule. Ce mécanisme est donné d'ailleurs sous toutes réserves, les faits sur lesquels il s'appuie n'étant pas suffisamment nombreux.



Digitized by Google

STATISTIQUES AU SUJET DU DIABÈTE

—

Statistique sur le diabète,

par SCHMITZ.

Sur 600 cas, Schmitz compte 407 hommes et 193 femmes. Age : entre 4 et 78 ans. 248 fois il y avait des antécédents héréditaires ; comme causes déterminantes : 183 fois, la tristesse, les soucis ; 153 fois abus d'une nourriture sucrée ; 45 fois, la goutte ; on observait une sorte de balancement entre les accès de goutte et la production du sucre. Le poids spécifique de l'urine le plus élevé est de 1,042 ; la plus grande quantité excrétée, 9 litres. Les quantités minima 500, 800 c.c. s'accompagnaient de sueurs abondantes. La diminution du sucre coïncide souvent avec une augmentation des phosphates et des oxalates. Quand l'albuminurie coexiste, on observe souvent que le sucre augmente quand l'albumine diminue, et réciproquement. La sécheresse de la peau et l'amaigrissement se voient souvent ensemble ; 35 fois il existait de l'obésité. La faiblesse et la perte générale des forces doivent être rapportées, d'après l'auteur, à une altération générale de la fibre musculaire, s'étendant au muscle cardiaque, l'asthénie cardiaque devant revendiquer un certain nombre des cas de mort qu'on attribue au soi-disant coma diabétique et à l'acétonémie. L'exagération de l'appétit peut tenir ou à l'activité des échanges, ou à un trouble purement nerveux de l'estomac. Le pronostic est un peu moins grave, dans l'esprit de Schmitz, qu'on ne l'admet généralement. Le diabète nerveux, psychique, alimentaire, même goutteux, comporte le pronostic le moins favorable. Le diabète de l'enfance et celui de la vieillesse sont dans le même cas. (*Deut. med. Woch.*, 48-51, 1881, et *Union*, avril 1883.)

Du diabète au point de vue de l'hérédité.

J'ai réuni sous ce titre dix cas dans lesquels le diabète a été signalé comme facteur pathogénique de la folie chez les malades de ma clientèle privée et qui peuvent servir de points de départ pour des statistiques plus nombreuses. Ces cas se répartissent ainsi :

Digitized by Google

1° M. (Fanny). Faiblesse mentale congénitale. A 25 ans accès de manie qui devient chronique. Avant l'accès a eu trois fils qui se sont bien développés et ont trouvé à faire une carrière régulière. La mère de la malade était *diabétique*, d'un caractère acariâtre, l'esprit étroit, autoritaire, et d'un commerce difficile. Le père normal.

2° M. Louis F. Issu d'un père *diabétique*, et d'une mère devenue sur le tard hallucinée. Ce jeune homme, livré prématurément aux excès alcooliques, paresseux, mauvaise nature, est frappé d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie à 17 ans. A 34 ans il devient tout à fait débauché et alcoolique chronique.

3° L. (Alexandre), 46 ans. Paralysie générale. Mère morte d'une maladie de cœur. Le père, *diabétique*, mort apoplectique.

4° M. (Gustave). Paralysie générale d'origine alcoolique. Père, vieux savant mort de sénilité. Mère distinguée comme esprit, *diabétique*.

5° G. (Henri), 24 ans, mal développé, faible d'esprit, bizarre, incapable de suivre une profession, paresseux, mauvais élève. Le père alcoolique et *diabétique*, la mère faible d'esprit, mais régulière.

6° C. (Jean), 34 ans. Halluciné chronique, mal développé, sans avoir pu suivre une profession. Père mort *diabétique*, mère normale.

7° M. B., 56 ans, atteint de paralysie générale à marche lente. a engendré une fille qui, à 19 ans, était *diabétique*. Rien de la mère.

8° Lucien D. Paralysie générale à 48 ans. Le père est mort *diabétique*. Mère morte d'hémorrhagie cérébrale.

9° Jean Ch., 24 ans. *Diabète* très intense, soigné dans mon service à la Charité, rendant jusqu'à 500 gr. de sucre dans les 24 heures. Mère folle internée à Ville-Evrard, rien du père.

J. Luys.



DE L'EMPLOI DE L'AIMANT DANS LA THÉRAPEUTIQUE

Par W. Hamond (de New-York)

(*Suite*)

Paralysie provenant d'une hémorrhagie cérébrale.

1er Cas. — J. R., un gentleman exerçant la profession d'ingénieur et de spéculateur de mines, au moment où il se levait de son lit, à environ onze heures du matin, le 2 septembre, sentit un léger étourdissement et tomba sur le plancher, mais sans perdre connaissance. Sa femme l'aida à se remettre au lit. Il était hémiplégique du côté gauche et avait perdu la faculté de la parole. Je le vis à 2 heures. Il était alors incapable de parler et était paralysé du côté gauche en ce qui concerne et le mouvement et la sensibilité. Il pouvait tirer la langue et elle sortait en ligne droite. Il pouvait avaler.

Le 7, à 2 h. 30 m., j'appliquai un double aimant en forme de fer à cheval, capable de soutenir dix livres de fer au côté du corps, les pôles dirigés de bas en haut. Seulement, avant de l'attacher avec une forte serviette, je m'assurai de la sensibilité de la main et du pied. Toute la force que je mis à les pincer ne donna lieu à la moindre évidence de sensation. Il ne pouvait mouvoir un muscle soit du bras, soit de la jambe. A 2 h. 37 m. je pinçai la peau de l'avant-bras gauche. Il fit une grimace et porta l'autre main à la partie pincée. La peau de la figure avait aussi recouvré sa sensibilité. A 2 h. 40 m. la cuisse, la jambe et le pied étaient sensibles aussi. Par le fait, la sensibilité était rendue à tout le côté paralysé.

Je le quittai alors, en laissant l'indication que l'aimant ne soit pas enlevé jusqu'à mon retour. Je le vis de nouveau à 5 h. 25 le même jour. Il était alors assis sur son lit et remuant le bras gauche aussi bien que jamais, et il pouvait aussi mouvoir la jambe de tous côtés. Je lui demandai de se lever, ce qu'il fit, marchant de long en large sans difficulté et tirant à peine la jambe de la moindre manière. La figure était encore légèrement paralysée et il ne pouvait encore dire une parole. Avant de le quitter, je liai deux petits aimants pouvant chacun soulever une demi-livre de fer, l'un au côté paralysé de la figure, et l'autre à la nuque, les pôles dirigés de bas en haut, et j'ordonnai qu'ils fussent laissés dans cette position toute la nuit. Le matin suivant un message m'arriva disant qu'il avait recouvré la parole.

Ce Monsieur revint chez lui, quelques jours après, ayant

Digitized by Google

entièrement recouvré la santé, en tant que je puisse l'observer, sauf que le côté gauche de la face était légèrement plus faible que le droit. Mais le 28 septembre, il eut une autre attaque et mourut comateux.

2me Cas. — Ce cas est celui d'un médecin éminent de cette cité qui, le matin du 30 septembre de cette année même, devint soudain aphasique et hémiplégique. Il n'y eut pas perte de conscience. Je le vis à 2 h. le jour même en consultation avec le Dr W. H. H. Hall. Le côté droit de la face était paralysé et la faculté de se mouvoir était entièrement perdue dans la jambe et le bras droit. La sensibilité cutanée était abolie par tout le côté droit, comme l'était aussi le sens du toucher sur le côté droit de la langue. Le malade conservait intact le sens de l'odorat, et la faculté de retenir ou de lâcher à volonté les urines ou les matières fécales. Il ne pouvait prononcer un mot, mais faisait signe de la tête pour oui ou non. Tous les phénomènes, de même que dans l'histoire du cas précédent, indiquaient l'existence d'un caillot, prolablement embrassant l'optique thalamus gauche et le tiers postérieur de la capsule interne. L'année précédente il avait eu une hémorrhagie de la rétine, et depuis plusieurs années il avait souffert de cirrhosis des reins. Le malade fut gardé au repos. Je le vis chaque jour avec le Dr Hall, mais aucun médicament ne lui fut administré, à l'exception d'une solution de bromure de sodium dans une infusion de digitale (le cœur était très faible) et d'une injection hypodermique de morphine à laquelle il était accoutumé depuis plusieurs mois au moment du coucher.

Le 4 octobre, je vis le malade comme de coutume. Il y avait près de lui sa femme, son père, et aussi un médecin. Son état n'avait point changé, sauf qu'il pouvait dire oui ou non, et prononcer son propre nom après quelque autre personne.

Je pinçai la peau de l'avant-bras du côté paralysé jusqu'à ce que mes ongles se rencontrassent presque à travers la peau, mais il n'y avait aucune sensibilité. J'avais emporté un aimant capable de soutenir environ cinq livres, ayant l intention de m'en servir comme agent thérapeutique. Mon dessein était de le placer contre le côté gauche, sous l'aisselle et de le conserver en apposition avec la surface de la peau au moyen d'une serviette passant autour du corps. Tandis que l'on apprêtait une serviette, je posai l'aimant contre le côté paralysé, les pôles dirigés de bas en haut, afin de montrer à son père la manière dont j'allais m'en servir. Il resta là moins de trois minutes, lorsque de nouveau je pinçai tranquillement la peau de l'avant-bras, me prépa-

Digitized by Google

rant à appliquer l'aimant d'une façon plus permanente. A ma très grande surprise, ainsi qu'à celle de tous ceux qui se trouvaient dans la chambre, le malade fit une grimace et, s'emparant avec sa main valide de l'autre main, il la porta au côté opposé de sa poitrine. Après examen, je trouvai que le rétablissement de la sensibilité était parfait, et il est resté tel jusqu'à présent. Je laissai l'aimant en contact pendant plusieures heures de plus, mais il n'y eut pas d'amélioration ultérieure.

Si ces cas étaient isolés, l'on pourrait naturellement supposer qu'il existait une erreur quelconque, tant ils sont contradictoires à notre pratique clinique, et à nos idées de la liaison entre les symptômes et les lésions dans les hémorrhagies cérébrales. Mais ils ne sont pas isolés. La semaine dernière, j'ai reçu le compte rendu de deux cas d'un semblable caractère se présentant chez MM. Debove et Boudet, et racontés par ce premier gentleman. Dans le premier de ces deux cas, le malade, homme âgé de quarante-cinq ans, fut frappé soudainement d'une attaque d'apoplexie. Il y avait hémiplégie complète de la sensibilité du côté gauche, et la faculté de se mouvoir, quoique n'étant pas entièrement abolie, était très affaiblie. Il y avait une hémianesthésie des organes des sens, l'odorat, le goût, l'ouïe et la vue du côté gauche étant abolis ou détériorés. Il y avait aussi une cécité des couleurs.

Six jours après l'attaque, cet état ne s'étant pas modifié, à 6 heures deux aimants furent appliqués au côté gauche, un contre le thorax, et l'autre au genou. A 6 heures 30 minutes le malade ressentit une douleur cruelle dans la tête ; à 7 la douleur avait disparu ; à 8 la sensibilité et le mouvement avaient commencé à reparaître ; à 8 heures 30 les aimants furent enlevés et le malade fut soigneusement examiné. Il fut trouvé que la sensibilité générale était revenue tout entière à la région précédemment anesthésique ; que le malade marchait facilement sans traîner les membres ; que la force de la main gauche était plus de cinq fois plus grande ; que le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue étaient entièrement recouvrés, et que la faculté de distinguer les couleurs était de même retrouvée.

L'autre cas était celui d'une femme âgée de 65 ans qui eut le 30 mars une attaque d'apoplexie. Complète hémiplégie droite et hémianesthésie, de la tête aux pieds. Intégrité des sens spéciaux, affaiblis, mais point abolis complètement. Le 8 avril, à trois heures, un fort aimant fut placé entre le bras et la poitrine du côté droit, les pôles dirigés vers l'aisselle. Dix minutes après cette application la sensibilité était rendue au bras, et à 3 h. 30 elle

Digitized by Google

était complète par tout le côté paralysé. L'aimant fut laissé dans cette position pendant dix-huit heures. Le 9, la malade put marcher dans la chambre et recommença à parler, et le jour suivant il n'y avait plus trace de paralysie soit dans la motion, soit dans la sensibilité, sauf une légère hésitation dans la manière de se mouvoir.

Il me paraît clair que tous ces cas, aussi bien que ceux d'hemianesthésie hystérique dont on a rendu compte, comme guéris par l'aimant, et d'autres applications métalliques par Charcot et ses élèves, sont des exemples dans lesquels, s'il y avait quelque lésion organique, celle-ci avait surtout son siège dans l'optique thalamus. Il est bien connu que l'hémianesthésie, de même que l'hémiplégie qui sont dues à des lésions de cet organe, sont d'un caractère plus ou moins transitoire, et que la première disparaît souvent soudainement après avoir persisté seulement quelques jours, ou même quelques heures. Ce serait être trop exigeant que d'avoir la prétention d'affirmer que les cures des exemples cités, soit de chorée, soit de paralysie, fussent dues à quelque influence spécifique de l'aimant. Il est possible que le rapport entre la guérison et la juxtaposition des aimants ne soit qu'une coïncidence, ou que le rétablissement soit dû à une forte impression mentale produite sur l'esprit du malade. En tout cas, ces exemples sont des faits intéressants et qui valent bien qu'il leur soit permis d'exercer une influence quant à la direction des recherches ultérieures. Comme tels, ils sont soumis à la considération de la société névrologique.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894

Séance du 10 août (matin).

Origine otique d'un certain nombre de cas de paralysie faciale « a frigore ».

M. Lannois (de Lyon). — L'étiologie de la paralysie faciale *a frigore* reste fréquemment obscure et il y a lieu d'attirer

Digitized by Google

l'attention sur une cause, non pas inconnue, mais trop fréquemment négligée de cette affection. C'est l'otite moyenne légère atteignant surtout la paroi interne de la caisse et déterminant le gonflement du névrilème du facial, surtout dans les cas où le canal de Fallope présente une fissure, ce qui paraît fréquent. J'ai observé plusieurs cas démonstratifs de cette variété de paralysie faciale ; l'origine de cette affection rend compte d'une série de symptômes difficilement explicables en dehors d'elle, comme la fièvre, les symptômes généraux, les douleurs d'oreille qui existent dans la moitié des cas, les troubles de l'ouïe, etc.

Il y a donc intérêt à examiner l'oreille dans tous les cas de paralysie faciale périphérique, car le pronostic de la paralysie d'origine auriculaire est plutôt favorable, surtout si l'on dirige contre sa cause un traitement approprié.

Des urines à la seconde période de la paralysie générale.

MM. Klippel et Serveaux (de Paris). — Il résulte de nos recherches que les urines des paralytiques généraux sont essentiellement variables comme composition et comme quantité. Nous pouvons cependant donner les caractères généraux de l'excrétion urinaire moyenne à la seconde période de la paralysie générale. Il existe alors une polyurie incontestable ; les urines ont une faible densité et sont de coloration claire avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée d'une façon sensible ainsi que celle des phosphates, tandis que la quantité des chlorures est au contraire notablement augmentée.

Il y a souvent de l'albumine en très petite quantité, très fréquemment des peptones et presque toujours de l'acétone.

La séance est levée.

(A suivre).



Digitized by Google

TABLE ANALYTIQUE DE L'ORDRE DES MATIÈRES

—

Anatomie.

Anatomie pathologique.

Physiologie.

Pathologie du système nerveux.

Digitized by Google

Hygiène et médecine légale.

Chirurgie du cerveau et de la moelle épinière.

Psychiatrie.

Digitized by Google

Hypnologie

Thérapeutique.

Digitized by Google

Pages.

Sociétés. Revues. Congrès.

Varia.

Nécrologie.

Digitized by Google

Bulletin mensuel de la Clinique Neurologique de la Charité.

Table par ordre alphabétique

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.

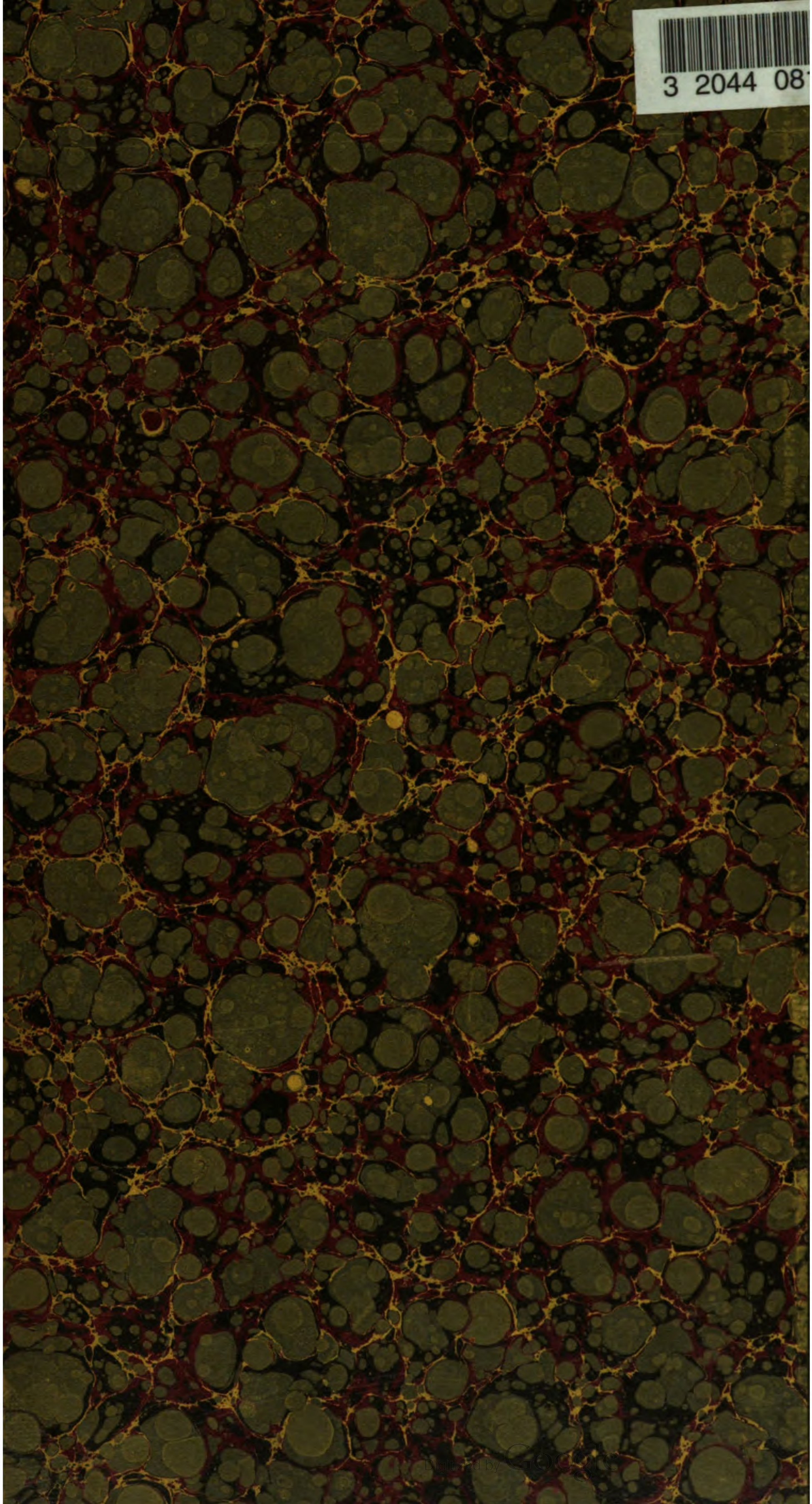
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

1 Gal 278

Digitized by Google


3 2044 081